



エクステンション・プログラム

# 第54回 城西大学薬学部 生涯教育講座 要旨集



## 第54号 2016年

主催：城西大学国際学術文化振興センター（JICPAS）

城西大学生涯教育センター

城西大学薬学部

城西国際大学薬学部

共催：日本薬剤師研修センター

城西大学薬友会

城西大学同窓会

協賛：公益社団法人 日本薬学会

一般社団法人 埼玉県薬剤師会

一般社団法人 埼玉県病院薬剤師会

一般社団法人 日本女性薬剤師会

後援：城西大学父母後援会

城西大学薬学協力会

埼玉県坂戸市けやき台 1-1

Tel. 049 (271) 7795

平成28年5月14日（土）  
午後2時00分～午後6時00分

# エクステンション・プログラム 第54回 城西大学薬学部 生涯教育講座

日本薬剤師研修センター集合研修認定講座（2単位）

日 時：平成28年5月14日（土） 14時00分～18時00分

会 場：城西大学 清光会館 清光ホール

## テーマ

「在宅医療の今後を語る-管理栄養士および薬剤師に対する期待」

- |     |                                      |       |
|-----|--------------------------------------|-------|
| 演題1 | 「確実に分かる未来に備えて」                       | P. 1  |
| 演者  | 厚生労働省政策統括官付 社会保障担当参事官室<br>政策企画官 山下 護 |       |
| 演題2 | 「在宅医療にかかわる薬局薬剤師の役割と今後の展望」            | P. 13 |
| 演者  | 一般社団法人 埼玉県薬剤師会<br>常務理事 池田 里江子        |       |
| 演題3 | 「在宅訪問栄養食事指導の実際」                      | P. 29 |
| 演者  | 医療法人社団福寿会 福岡クリニック在宅部栄養課<br>課長 中村 育子  |       |





## 演題1

# 「確実に分かる未来に備えて」

演者     山下 護 先生

厚生労働省政策統括官付  
社会保障担当参事官室  
政策企画官

## 経 歴

山下 護（やました まもる）



出身：石川県金沢市

最終学歴：東京大学教育学部卒（教育学士）

職歴：

1997 年 4 月 厚生省入省

2004 年 4 月 厚生労働省医政局指導課 課長補佐

2008 年 7 月 外務省在タイ日本国大使館 一等書記官

2011 年 8 月 全国健康保険協会企画部 企画グループ長

2012 年 9 月 厚生労働省 保険局総務課 課長補佐

2014 年 7 月 厚生労働省 社会保障担当参事官室室長補佐

2015 年 8 月 厚生労働省 社会保障担当参事官室政策企画官

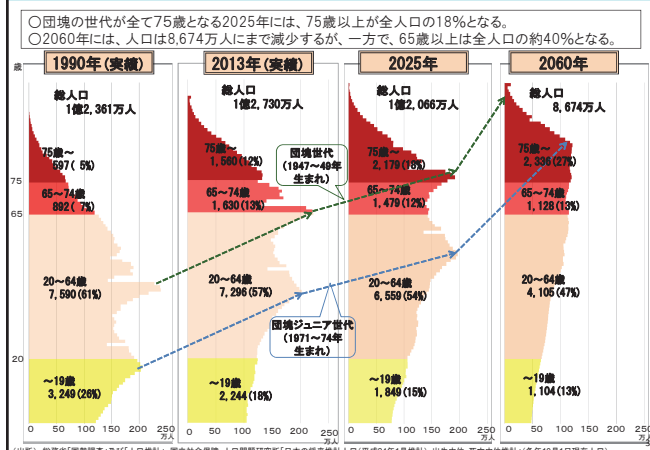


# 確実に分かる未来に備えて

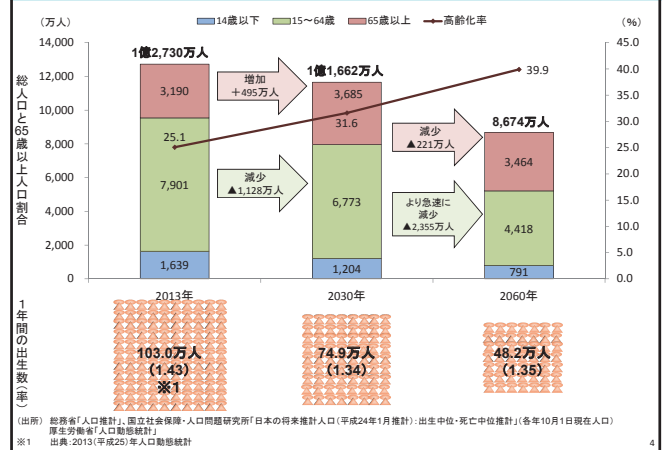
平成28年5月  
山下 護

# 日本の人口の急激な変化

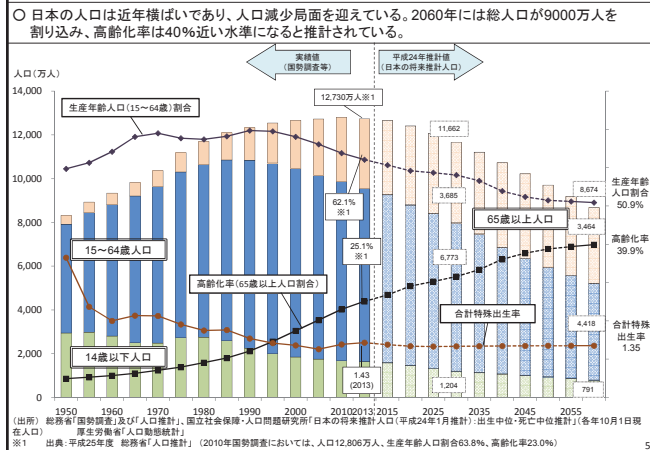
## 日本の人口ピラミッドの変化



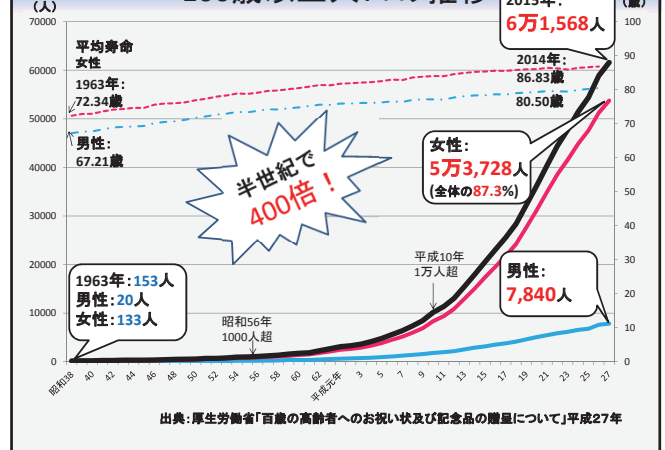
## 今後の人口構造の急速な変化

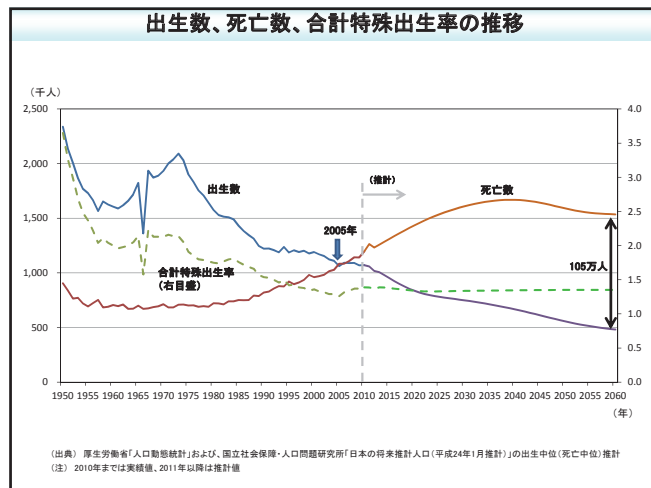
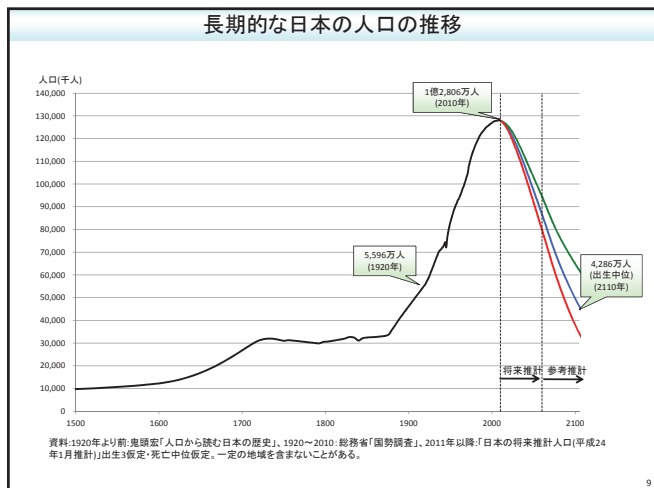
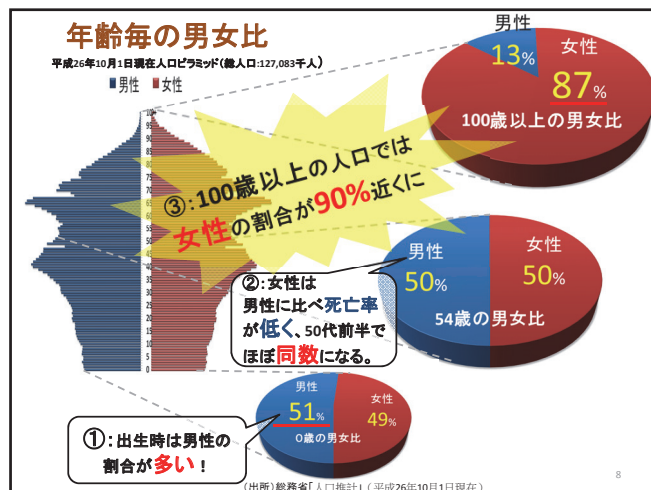
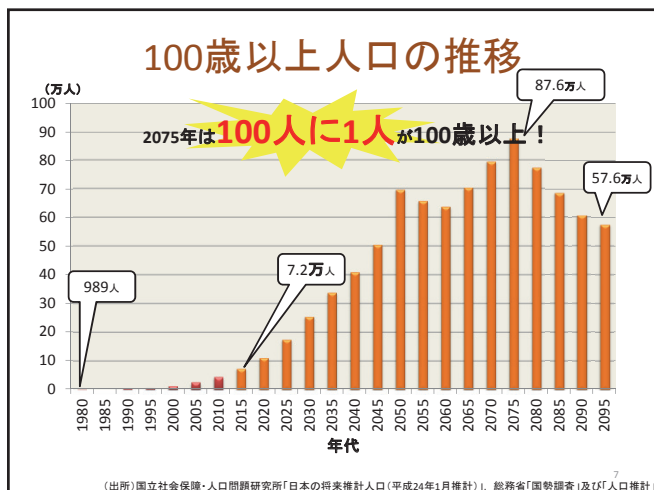


## 日本の人口の推移



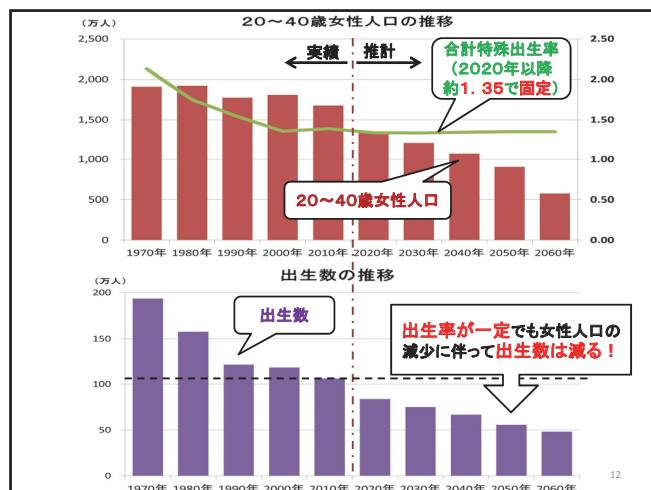
## 100歳以上人口の推移





### 20年前と20年後の比較

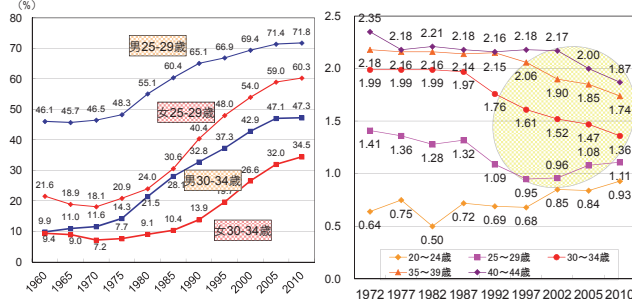
	1995	2015	2035
人口	124,299千人	126,597千人	112,124千人
出生数	118.7万人	100.8万人	71.2万人
死亡数	92.2万人	130.2万人	165.6万人
75歳未満の人口	117,152千人	110,139千人	89,670千人
世帯主75歳以上(単独・夫婦のみ)	1,762千世帯	6,018千世帯	8,170千世帯
総人口に占める80歳以上の割合	3.1%	8.0%	14.5%
総人口に占める90歳以上の割合	0.4%	1.5%	4.0%
	442千人	1,912千人	4,482千人



## 出生率低下の要因

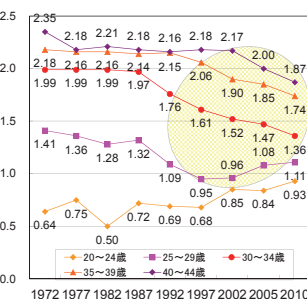
- 出生率低下の人口学的な要因は、「晩婚化の進行」と「夫婦出生児数の減少」。
- 未婚率は男女とも依然上昇傾向にあり、晩婚化の進行は継続。
- 結婚した夫婦からの出生児数が1990年代以降減少傾向。1960年代生まれ以降の世代では、これまでのように最終的な夫婦出生児数が2人に達しない可能性も。

○ 年齢別未婚率の推移



資料：総務省統計局「国勢調査報告」

○ 夫婦出生児数の推移(妻の年齢別)

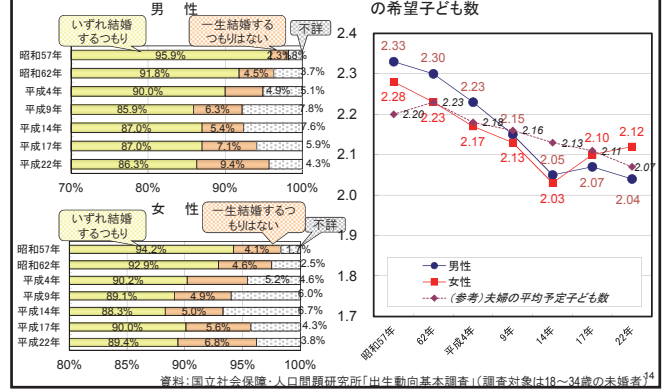


資料：国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」

## 国民の結婚や出産に対する希望

独身男女の約9割は結婚意思を持っており、希望子ども数も男女とも2人以上。

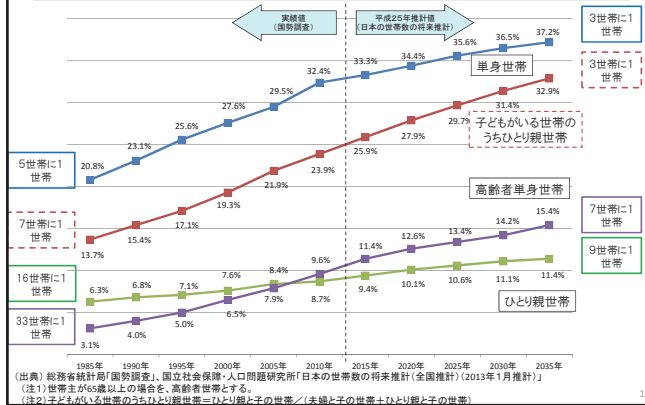
○「生涯の結婚意思」について



資料：国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」(調査対象は18～34歳の未婚者)

## 世帯構成の推移と見通し

○ 単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。単身世帯は、2035年で約4割に達する見込み。(全世帯数約5,184万世帯(2010年))

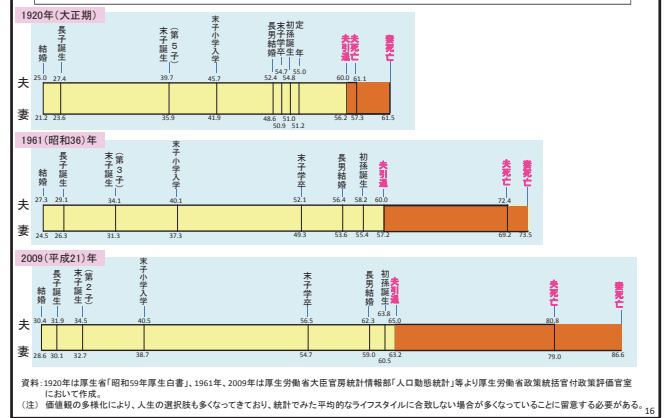


(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2013年1月推計)」  
(注1) 世帯主が65歳以上の場合は、高齢者世帯とする。  
(注2) 子どもがいる世帯のうちひとり親世帯=ひとり親と子の世帯/(未婚と子の世帯+ひとり親と子の世帯)

15

## 統計で見た平均的なライフサイクル

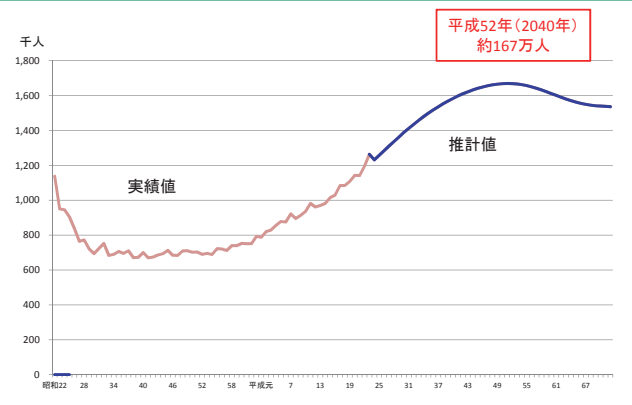
○ 子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。



資料：1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官政策評価官室において作成。  
(注) 価値観の多様化により、人生の選択様式も多くなっており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

16

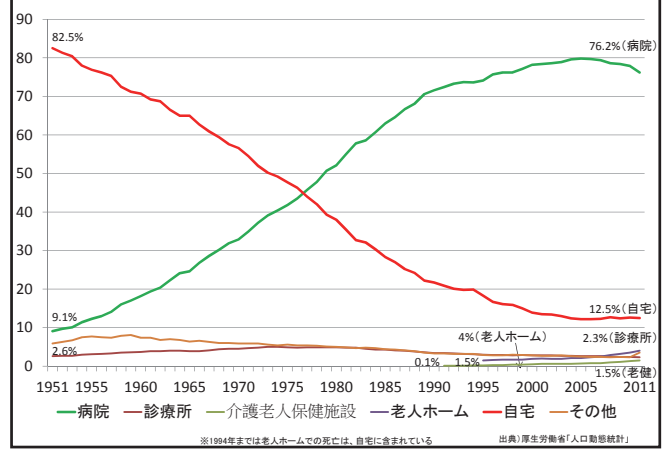
## 死亡数の年次推移



(出典) 平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」  
平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)(出生・死亡・死亡中位)」

17

## 死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている  
出典：厚生労働省「人口動態統計」



人口の変化に伴う影響  
(社会保障)

[illegible]

## 社会保障の給付と負担の現状(2015年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2015年度(予算ベース) 116.8兆円 (対GDP比 23.1%)

### 【給付】

### 社会保障給付費

年金 56.2兆円 (48.1%) 《対GDP比 11.1%》	医療 37.5兆円 (32.1%) 《対GDP比 7.4%》	福祉その他 23.1兆円 (19.8%) 《対GDP比 4.6%》 うち介護 9.7兆円 (8.3%) 《対GDP比 1.9%》 うち子ども・子育て 5.5兆円 (4.7%) 《対GDP比 1.1%》
------------------------------------	-----------------------------------	--

### 【負担】

保険料 64.8兆円 (59.2%)	税 44.7兆円 (40.8%)	積立金の運用収入等
うち被保険者拠出 34.6兆円 (31.8%)	うち事業主拠出 30.0兆円 (27.4%)	うち国 31.8兆円 (29.1%)
		うち地方 12.8兆円 (11.7%)

各制度における  
保険料負担

国(一般会計) 社会保障関係費等

※※2015年度予算  
社会保障関係費 31.5兆円(一般歳出の55.0%を占める)

都道府県  
市町村  
(一般財源)

※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産取入などがある。

21

### 社会保険給付費の推移

(億円)		1970	1980	1990	2000	2010	2015 (予算-2)	(万円)
国民所得 (億円) A		61.0	202.9	346.9	375.2	352.7	376.7	100.0
給付費総額 (億円) B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	78.1(100.0%)	104.7(100.0%)	116.8(100.0%)	116.8(100.0%)	
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.4%)	41.2(50.9%)	41.2(52.7%)	53.0(50.6%)	56.2(48.1%)	56.2(48.1%)	
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	26.0(33.3%)	32.9(31.4%)	37.5(32.1%)	37.5(32.1%)	
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	10.9(14.0%)	18.8(17.9%)	23.1(19.6%)	23.1(19.6%)	
B/A	5.7%	12.15%	13.61%	20.83%	29.68%	30.99%	30.99%	

資料：国立社会保険人口問題研究所「平成24年度社会保険費用統計」、2015年度、2014年度、2015年度(予算ベース)は厚生労働省推計。  
 2015年度の国民所得は「平成27年度の経済見通しと経済財政政策の基本的な指針(平成27年12月2日閣議決定)」  
 (注)国中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010年度(1950年度(予算ベース)の社会保険給付費(億円)である。

**社会保障給付費の増加と制度の持続可能性**

財務省資料

○ 我が国社会保障制度は、社会保障方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。

○ その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中している。これを賄う財源を確保出来ないため、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている（＝財政悪化）。

(兆円)

給付費  
110.7  
44.0

公費財源  
国庫負担  
+地方負担  
69.0

保険料  
財源

2015年度 (H27) 年度 2075年度 (H27) 年度

給付費  
116.8兆円  
+賃金収入  
資産収入  
地方負担  
128  
国庫負担  
31.8  
年金  
56.2  
保険料  
64.8

「給付増大による将来世代への負担先送り」

**社会保障財源の内訳推移**

(兆円)

	1990年*	2010年*
国庫負担	15.2%	40.8%
+地方負担	26.5%	37%
保険料 負担 (被保険者)	18.5%	→ 30.3%
保険料 負担 (事業主)	28.1%	→ 28%
保険料 負担 (事業主)	21.0%	→ 28.1%
事業主	32%	→ 26%
社会保険 給付費	47.2	104.7

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費概算報告書」、2015(1427)年度2次推定値(当前ベース)による。

(注) 社会保障制度改革推進法では、「国民に受ける社会保障に係る費用を担う責任は広く国民に分散し、社会保険給付に要する費用に係る国庫及び地方公共団体の負担の比率については、前掲後述の通りであることとなる」として、将来的には国庫負担率を半減(現行15%)とする。

平成28年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約55%は社会保障関係費（高齢化に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）

**歳出**

（億円、％）

一般歳出に占める  
社会保障関係費の割合  
→ 約55%

項目	金額 (億円)	割合 (%)
歳出	967,218	100.0
社会保障	319,738	33.1
一般歳出	578,286	59.5
その他	24,690	2.5

**歳入**

歳入の内訳

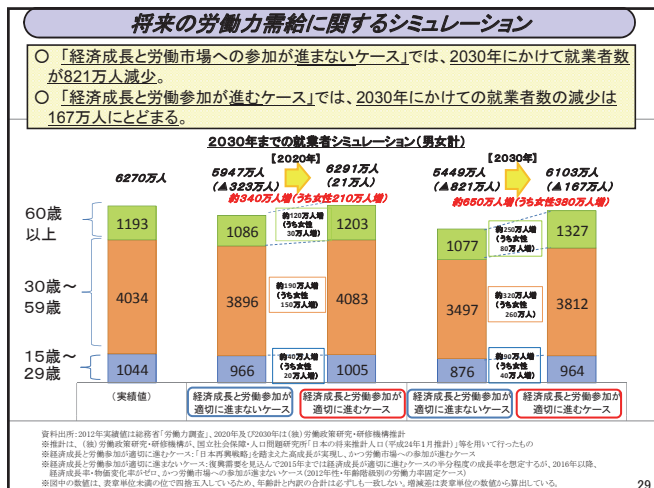
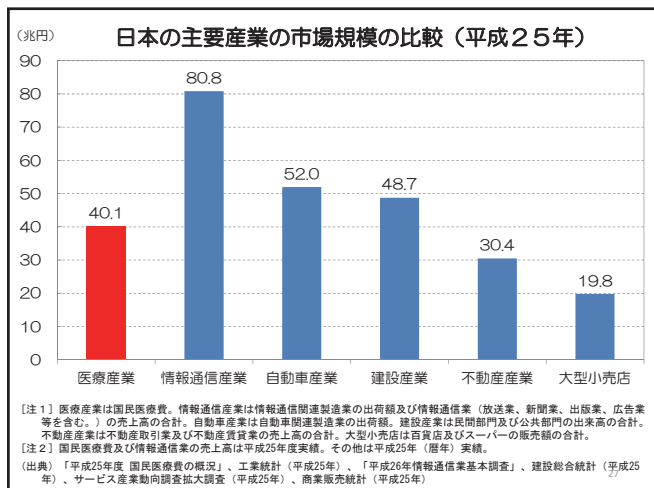
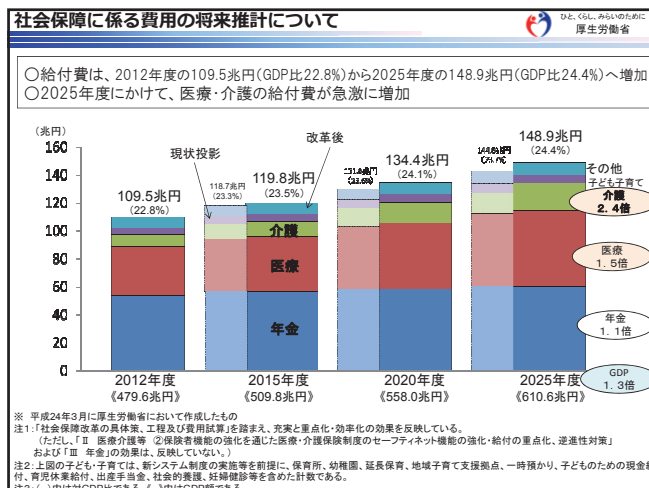
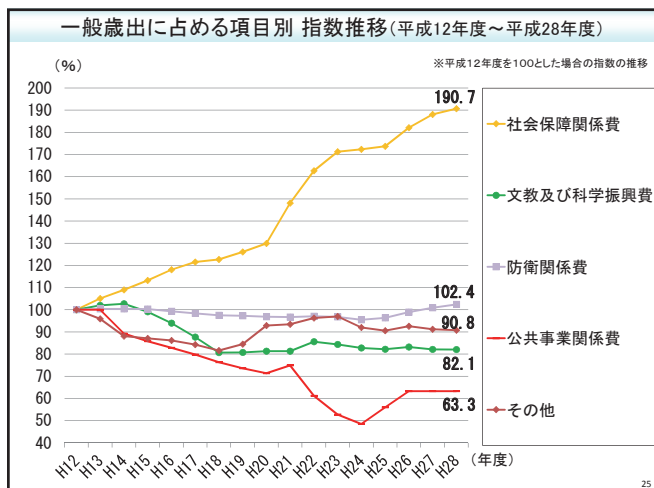
項目	金額 (億円)	割合 (%)
歳入	967,218	100.0
社会保障収入	576,040	59.5
所得税	179,750	18.6
消費税	171,850	17.8
その他	102,110	10.6

【計数整理の結果、異動を生ずることがある。】

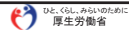
**一般歳出に占める社会保障費の割合の推移**

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費	割合 (%)
2016	967,218	578,286 (100%)	319,738 (約55%)	
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)	
2005	821,829	472,829 (100%)	203,808 (約43%)	
2000	849,871	480,914 (100%)	167,666 (約35%)	

（億円）

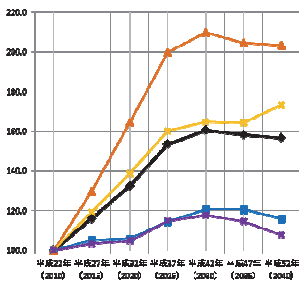


## 地域ごとの高齢化の特徴

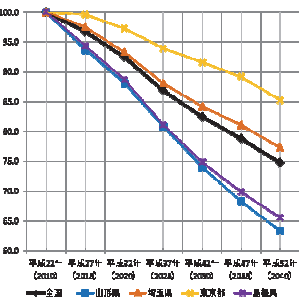


- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やか。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



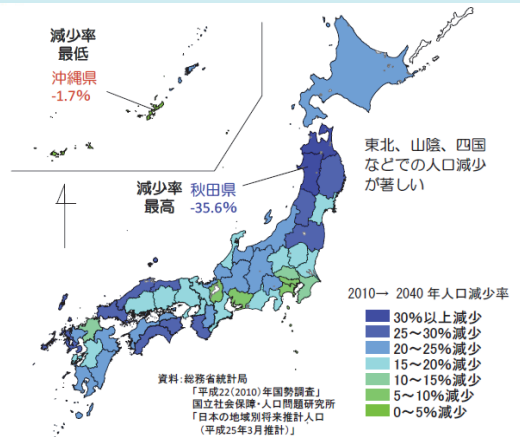
75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

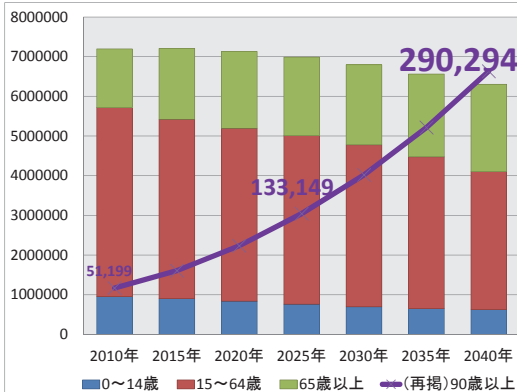
31

## 都道府県別の人口増減率



32

## 埼玉県の将来の人口



33

## 医療保険受診延日数の推移

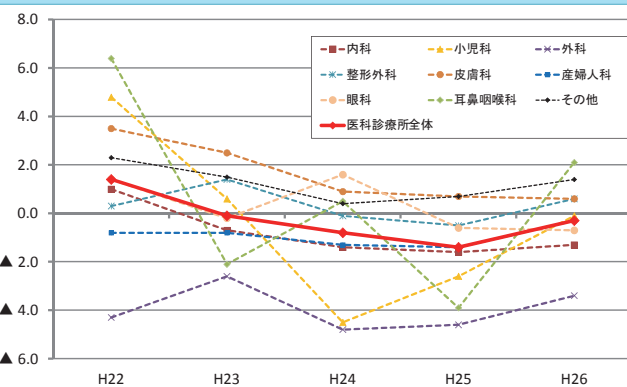
- 平成12年度から平成26年度の医療保険受診延日数の推移をみると、医科外来については、減少傾向。医科入院については、わずかに減少傾向。

単位:億日	総計	診療費小計	医科入院	医科外来	歯科	調剤
平成12年度	28.0	28.0	5.1	18.7	4.1	5.3
平成13年度	28.1	28.0	5.1	18.8	4.1	5.8
平成14年度	27.6	27.6	5.0	18.4	4.2	6.0
平成15年度	27.2	27.2	5.0	18.1	4.1	6.2
平成16年度	27.3	27.2	5.0	18.1	4.2	6.5
平成17年度	27.2	27.1	5.0	17.9	4.2	6.6
平成18年度	27.0	26.9	4.9	17.9	4.2	6.9
平成19年度	26.7	26.7	4.9	17.7	4.1	7.1
平成20年度	26.4	26.3	4.8	17.4	4.1	7.2
平成21年度	26.2	26.2	4.8	17.3	4.1	7.3
平成22年度	26.3	26.2	4.8	17.3	4.1	7.6
平成23年度	26.2	26.2	4.8	17.2	4.1	7.8
平成24年度	26.0	25.9	4.7	17.0	4.1	7.9
平成25年度	25.8	25.7	4.7	16.8	4.1	7.9
平成26年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1
12→26変化	▲2.3	▲2.4	▲0.5	▲2.0	+0.0	+2.8

資料:「医療費の動向」(厚生労働省保険局)

34

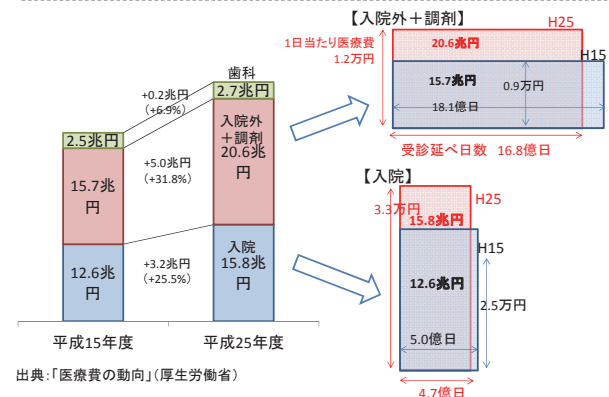
## 主たる診療科別医科診療所の受診延日数(対前年度比)(医科入院外)



35

## 診療種別・医療費の伸びの構造

- 診療種別に医療費の伸びを見ると、入院・入院外共に増加。またそのいずれも、10年前と比べ、受診延べ日数は減少しているが、1日当たり医療費が増加していることにより総医療費が増加している形となっている。

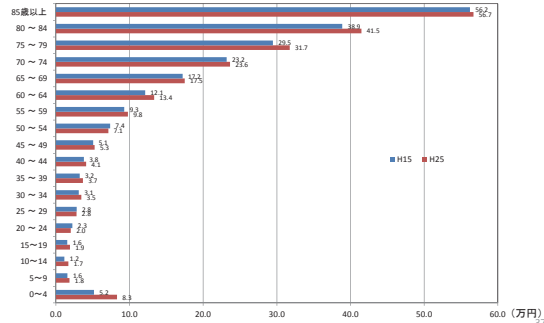




### 【入院】年齢階級別 1人当たり医療費(平成15年度、平成25年度)

○ 年齢階級別に1人当たり医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費はどの年齢層で見ても増加しているが、特に、0～4歳、75～84歳の伸び幅が大きい。

#### 【入院】



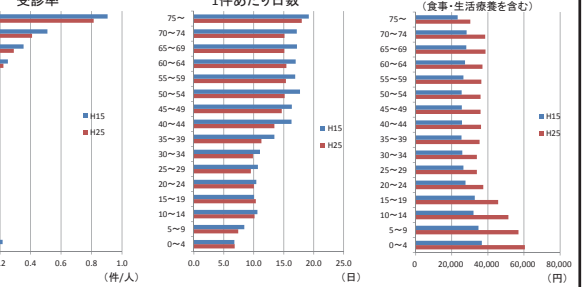
出所:「国民医療費」(厚生労働省)

37

### 【入院】年齢階級別 三要素(平成15年度、平成25年度)

○ 1人当たり入院医療費を要素別に分解すると、受診率、1件当たり日数はどの年齢層でも減少しているのに対し、1日当たり医療費はどの年齢層でも増加している。

#### 【入院】



出所:「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)

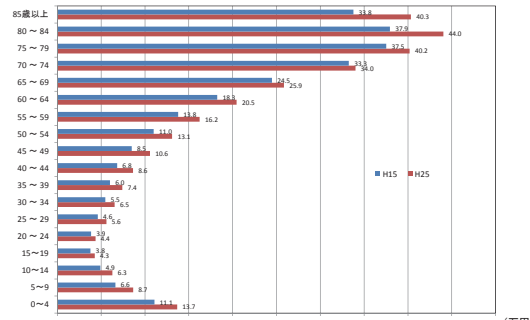
注:「受診率」とは、1年間における、1人当たりのレセプト枚数(患者が医療機関を利用した総月数)を指す。「1件当たり日数」とは、レセプト1枚あたりの医療機関を利用した日数を指す。

38

### 【入院外】年齢階級別 1人当たり医療費(平成15年度、平成25年度)

○ 1人当たり入院外医療費の伸びを見ると、80歳以上の高齢者の1人当たり医療費の伸びが特に大きい。

#### 【入院外】(調剤医療費を含む)



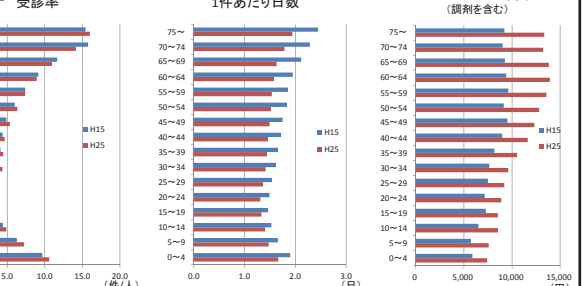
出所:「国民医療費」(厚生労働省)

39

### 【入院外】年齢階級別 三要素(平成15年度、平成25年度)

○ 1人当たり入院外医療費を要素別に分解すると、受診率については若年層で増加している一方、高齢者では減少傾向にある。1件当たり日数はどの年齢でも減少、1日当たり医療費はどの年齢でも増加している。

#### 【入院外】



出所:「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)

注:「受診率」とは、1年間における、1人当たりのレセプト枚数(患者が医療機関を利用した総月数)を指す。「1件当たり日数」とは、レセプト1枚あたりの医療機関を利用した日数を指す。

40

## 平成28年度診療報酬改定の概要

- 2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体) +0.49%

医科 +0.56%  
 歯科 +0.61%  
 調剤 +0.17%

薬価改定 ▲1.22%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%  
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

※ なお、別途、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

41

## 28年度診療報酬改定のポイント

入院医療	○地域包括ケアシステムと病床の機能分化・連携のさらなる推進 ・「7対1入院基本料」の「重症度、医療・看護必要度」の見直し等を行い、患者の重症度を適切に評価 ○退院支援の強化 ・「退院支援加算」を創設し、入院後早期からの退院支援を推進 ○チーム医療の推進と勤務環境の改善 ・歯科医師や薬剤師との連携の推進、「看護職員夜間配置加算」の充実等 ○ICTを活用した情報の共有・連携の促進 ・医療機関間の電子的な情報提供・共有を推進
外来医療在宅医療	○「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」の更なる普及 ・認知症患者への対応を重視し「認知症患者地域包括診療科」を創設、「かかりつけ歯科医」による蝕や歯周病の重症化予防などの口腔ケアを推進 ○紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の導入 ・「特定機能病院」及び一般病床500床以上の「地域医療支援病院」は、医師の初診時に最低5,000円の負担 ○患者の重症度に応じた在宅医療の評価や、重症な小児への在宅医療を推進
調剤・医薬品	○「かかりつけ薬局・薬剤師」の評価 ・「かかりつけ薬剤師指導料」を創設し、「かかりつけ薬剤師」による一元的・継続的な服薬情報の把握・服薬指導を推進 ○いわゆる大型門前薬局の「調剤基本料」を適正化 ○後発医薬品の使用促進・価格適正化 ○オンライン化やアウトカム評価の推進 ・新医療技術の評価や新薬創出を促進、費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入やヘルパにおけるアウトカム評価の導入
重点的対応分野	○緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ・「地域がん診療病院」「小児がん拠点病院」を評価 ○救急医療の充実 ・夜間・休日の救急患者、脳梗塞や狭心症で緊急治療が必要な救急患者の受入を促進 ○認知症対策の充実 ・身体疾患を有する認知症患者への質の高いケアを推進、認知症やせん妄の患者に対応するよう「重症度、医療・看護2必要度」の項目を見直し

## 入院医療

➤ 地域包括ケアシステムと病床の機能分化・連携のさらなる推進

➤ 退院支援の強化

1. 患者の重症度等を適切に評価する等の見直しを行い、病床機能にふさわしい状態の患者の受入れを進める

- ・「7対1入院基本料」の届出病院について、入院患者の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
  - ※「手術直後の患者」や「救急搬送後の患者」を評価するなど、重症の急性期患者の状態を適切に評価
- ・重症患者の割合25%
- ・療養病床の入院患者の評価基準（「医療区分」）の見直し検討
  - ※軽度者も含められる「診療療法」や「病期」の血液検査等の項目を見直し

2. 入院後早期からの退院支援の取組や、医療機関間で常日頃から顔の見える連携体制を構築することをより一層、推進

- ・「退院支援加算」を創設し、その要件に、退院支援の専従職員配置や顔の見える連携体制の構築等を追加
- ・「退院支援加算1」（新設）：600点（一般病床入院基本料等の場合）

➤ チーム医療の推進と勤務環境の改善

➤ ICTを活用した情報の共有・連携の推進

3. ICU（特定集中治療室）等の高度急性期医療を行う病床に薬剤師を配置し、薬剤相互作用の確認等を実施（「病棟薬剤業務実施体制加算2」（新設）：80点）

＜薬剤師配置による効果＞

4. 医師と歯科医師が連携して、入院患者の栄養管理をサポートする取組をさらに推進

- ・栄養管理に係る多職種チームに歯科医師を配置した場合や、外部の歯科医療機関の歯科医師と連携して診療した場合を評価
- ・「栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算」（新設）：50点

5. 看護職員夜間12対1配置加算1：80点

6. ICTを活用した医療機関間の情報共有や連携の推進

医療機関間で診療情報を電子的に提供した場合に、送信者・受信者双方に加算。

## 外来医療・在宅医療

➤ 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」の普及

➤ 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担

1. 「かかりつけ機能」の一層の強化のため、認知症への対応を重視する等の見直し

- ・「認知症地域包括診療料」（新設）：1,515点
- ・「認知症地域包括診療加算」（新設）：30点

2. 「かかりつけ歯科医」による虫歯、歯周病の重症化予防などの口腔ケアの取組を推進

- ・「エナメル質初期う蝕管理加算」（新設）：280点
- ・歯周病安定定期治療（Ⅱ）（新設）：380点（1歯以上10歯未満）

3. 平成28年度から、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

- ・大病院は、大学病院等の「特定機能病院」や一般病床500床以上の「地域医療支援病院」。
- ・食料は、最低金額を定めるとし、医科の初診は5,000円、再診は2,500円。（歯科は、初診3,000円、再診1,500円）

患者がアクセスしやすい中小病院、診療所、地域の拠点となるような病院

➤ 重症患者や小児への在宅医療の強化

➤ 口腔機能の維持・管理の推進

4. 重症患者や小児への在宅医療を強化するため、診療報酬上の評価の充実や要件の見直しを実施

- ・在宅医療の「管理料」について、重症者の場合には評価を充実
- ・「機能強化型」の「在宅医療支援診療所」や訪問看護ステーションの要件に、重症な小児患者への訪問診療の実績を追加

【訪問診療で提供している医療内容（抜粋）】

【在宅人工呼吸器管理が行われている小児】

【18歳以下の利用者の訪問看護の医療割合】

5. 歯科診療所と病院等とが連携して、歯科訪問診療を実施し、患者の口腔機能管理等を行うことを推進

- ・歯科を連携している病院に入院している患者に対して、地域の歯科医師が歯科訪問診療を行えるよう要件を緩和

## 調剤 (1)

➤ かかりつけ薬剤師・薬局の評価、いわゆる大型門前薬局等の評価の見直し

1. 「かかりつけ薬剤師・薬局」の評価

1. 「かかりつけ薬剤師」が行う服薬指導等の評価と、「薬剤服用歴管理指導料」の見直し

調剤報酬において、「かかりつけ薬剤師」を位置づけ、現行の「薬剤服用歴管理指導料」を2種類に再構成

- ・「かかりつけ薬剤師」の新設：70点
- ・患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が服薬状況を一元し、継続的に把握し、服薬指導を行った場合を評価
- ※「かかりつけ薬剤師」の要件
  - ・患者の病状を把握し、服薬状況を一元し、継続的に把握すること
  - ・薬剤師として5年以上の業務経験
  - ・当該保険薬局に6か月以上の在籍

（「薬剤服用歴管理指導料」の見直し）

- ・「かかりつけ薬剤師」以外の薬剤師が服薬指導を行った場合の点数とし、2回目以降にお薬手帳を持って来局した場合の点数を引下げ
- （継続し同じ薬局に来院するインセンティブとして患者負担を減少）

2. いわゆる大型門前薬局等の「調剤基本料」の見直し

グループ全体の処方せん受付回数が増え、特定の大規模な薬局等から処方せん集中率が95%超の薬局等の調剤基本料を引下げ（41点→20点）

【同一グループの薬局】

・グループ全体の処方せん受付回数が4万超

・処方せん集中率が95%超

調剤基本料 20点

【拡大対象】

- ・処方せん受付回数2,000回超かつ集中率90%超
- ・特定の大規模な薬局からの処方せん受付回数が4,000回超
- ・集中率にかかわらず対象

調剤基本料 25点

現在、既に講じている門前薬局対策としての調剤基本料の特例についても、その対象範囲を拡大

## 調剤 (2)

➤ 調剤による在宅訪問や残薬解消等の取組の推進、調剤料等の見直し等

3. 在宅訪問や残薬解消等の取組の推進

3. 薬剤師による在宅訪問等の推進

- ・在宅訪問を積極的に行う薬局をさらに評価
- （「在宅訪問」を32点とし、算定要件に過去1年間の在宅訪問の実績があること追加）
- ・在宅患者について、医療機関に減薬等の相談会を行い、処方内容を変更した場合を評価
- （「在宅患者減薬・相互作用等防止管理料」（新設）：30点）

4. 残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組の推進

- ・薬局から医療機関へ減薬等の相談会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実
- （「重複投薬・相互作用等防止加算」について、保険医に相談会を行い、処方内容が変更された場合、30点加算）

5. 後発医薬品の使用促進

- ・後発医薬品の調剤数量割合の高い薬局を評価
- 「後発医薬品調剤体制加算」の要件の見直し
- 調剤数量割合6.5%以上 18点
- 7.5%以上 22点

【一色化加算：実行】

後発日数	点数
～7日	1日ににつき5点
8日～	1日ににつき4点
15日～21日	71点
22日～30日	81点
31日～	89点

【一色化加算：改定案】

後発日数	点数
～56日	後発日数が7又はその倍数を増すことに32点
57日～	290点

【調剤料（内服薬1剤の場合）：実行】

後発日数	点数
～7日	1日ににつき5点
8日～	1日ににつき4点
15日～21日	70点
22日～30日	80点
31日～	87点

【調剤料（内服薬1剤の場合）：改定案】

後発日数	点数
～42日	後発日数が7又はその倍数を増すことに32点
43日～	220点

7. 「電子版お薬手帳」の取組の見直し

- ・電子版お薬手帳は、紙媒体と同様の機能を有する場合（どの薬局、医療機関でも閲覧が可能等）には、診療報酬上、紙媒体の手帳と同様の取扱いとす

## 重点的対応分野（がん、救急医療、認知症）

➤ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

1. がん拠点病院がない空白地域の解消のため設置された「地域がん診療病院」について、診療報酬で評価

（「がん診療連携拠点病院加算」地域がん診療病院（新設）：30点）

【がん診療連携拠点病院と空白地域の解消】

2. 小児がん医療の診療機能の集約化が進むよう、「小児がん拠点病院」について、診療報酬で評価

（小児がん拠点病院加算（新設）：750点）

年間2,000～2,500人が手術で小児がんを治療しているが、約200施設で治療されており、診療機能が分散、必ずしも適切な治療がなされていない

「小児がん拠点病院」全国に15カ所設置（要件）小児がん医療の診療実績や、必要な機能・体制（長期フォローアップ体制、臨床研究、教育環境等）

3. 全ての医療従事者が緩和ケアを理解し、知識と技術の習得を促進するよう、緩和ケアに関する診療報酬を見直し

「がん性疼痛緩和指導管理料」の要件について、緩和ケア研修を受けた医師が実施することを必須とする。

4. 救急医療の充実

認知症対策の充実

4. 救急患者の受入体制の確保のため、2次救急医療機関における、夜間・休日救急患者の受入を促進

（「夜間休日救急搬送医療管理料」の評価の充実 200点 → 600点）

【2次救急医療機関の夜間・休日に対応した患者数（1カ月の平均）】

5. 医療費や救急センターの救急の診療等必要とする救急患者の受入を促進

- ・「救急センター」Aを施行した患者等への評価を引き上げ

6. 身体疾患で入院する認知症患者への、多職種による質の高いケアの推進

- ・病院での認知症へのケアの向上を図るため、専門チームが病棟への支援を行う等の体制を評価
- 「認知症「せん妄」の患者が基準を満たしやすくなるよう、重症度、医療・看護必要度の項目を見直し

7. 認知症・せん妄の患者を、密度の高い急性期医療を必要とする状態として評価

- ・「認知症「せん妄」の患者が基準を満たしやすくなるよう、重症度、医療・看護必要度の項目を見直し

## 医薬品・イノベーション

➤ 後発医薬品の使用促進・価格適正化、医薬品等の価格適正化

➤ イノベーションやアウトカム評価の推進

1. 後発医薬品の新規収載時の価格算定ルールの見直し

【現行】先発品の薬価×0.6

（内用薬については、錠剤数が10を超える場合は0.5を乗じた）

【見直し案】先発品の薬価×0.5

（内用薬については、錠剤数が10を超える場合は0.4を乗じた）

2. 長期収載品価格の割引下げに促る後発医薬品の置換え率

（割引率）	後発医薬品の置換え率	現行	改正案
▲2.0%	20%未満	30%未満	
▲1.75%	20%以上、40%未満	30%以上、50%未満	
▲1.5%	40%以上、60%未満	50%以上、70%未満	

3. 年間販売額が企業の見込みを超えて極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特別の実施

- ・年間販売額 1000～1500億円 かつ 予想の1.5倍以上
- 薬価を最大25%引下げ
- ・年間販売額1500億円超 かつ 予想の1.3倍以上
- 薬価を最大50%引下げ

4. 過剰な「処方当り」の枚数制限の実施、経路差薬用品の適正化

5. 医療機関の内外価格差の適正化（原則 1.5倍 → 1.3倍）

6. イノベーションの評価

- ・再生医療等製品の導入促進
- ※平成27年11月18日に保険収載が了承された再生医療等製品「ナセルH5（1治療 約1,390万円）」「ハートシート（1治療 約1,480万円）
- ・新規医療技術等の評価
- ※学会等からの提案に基づき、新規の医療技術や、先進医療で実施している医療技術のうち有効性等が確立したもののについて保険適用（小児がんに対する電子線治療、骨・軟骨腫瘍に対する重粒子線治療も保険適用）

7. 革新的医薬品の創出、適応外薬の解消の促進

- ・新薬創出・適応外薬解消等促進加算の継続実施

【適応外薬解消件数】

【新薬の薬価収載要件】

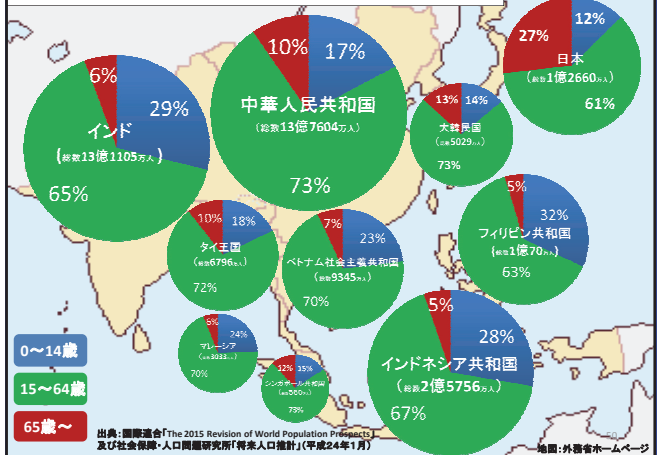
8. 費用対効果評価（アウトカム評価）を、平成28年度に試行的導入。その効果を踏まえ、引き続き本格導入に向けて検討。

また、リハビリテーションの診療報酬において、アウトカム評価を導入。

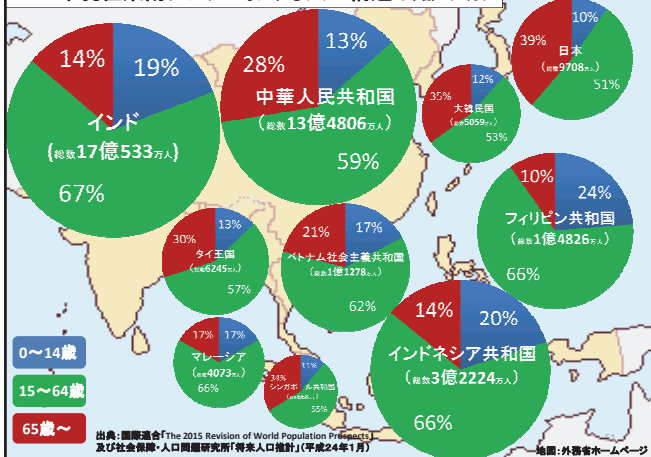
## 課題先進国である日本が 果たすべき役割

49

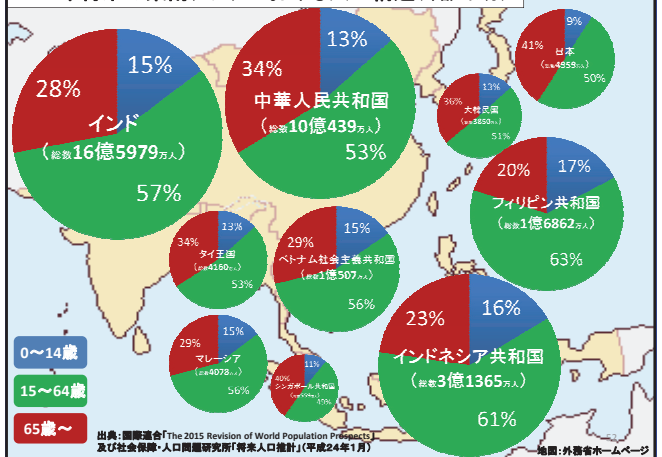
2015年現在東南アジアにおける人口構造（年齢3区分）



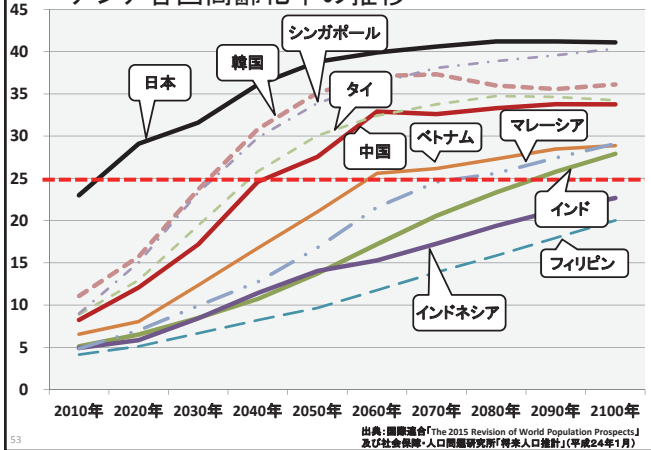
2050年現在東南アジアにおける人口構造（年齢3区分）



2100年将来の東南アジアにおける人口構造（年齢3区分）



アジア各国高齢化率の推移







## 演題2

# 「在宅医療にかかわる薬局薬剤師の 役割と今後の展望」

**演者**      **池田 里江子 先生**

**一般社団法人 埼玉県薬剤師会  
常務理事**

## 略 歴

池田 里江子（いけだ りえこ）

昭和 62 年 3 月 明治薬科大学 薬剤学部卒業

昭和 62 年 4 月 明治薬科大学大学院入学

平成元年 3 月 明治薬科大学大学院修了



### 現 職

埼玉県薬剤師会 常務理事

埼玉県薬剤師会 地域保健医療計画推進委員会（通称在宅委員会）委員長

埼玉県薬剤師会 社会保険委員会 委員

埼玉県薬剤師会 職能対策・学術委員会 委員

飯能薬剤師会 理事 及び 在宅委員会 委員長

城西大学薬学部 非常勤講師

### 職 歴

平成元年 大鵬薬品株式会社 開発部入社

平成 3 年 退職

その後、町の薬局・中堅病院でパート職員として勤務

平成 13 年 5 月 ふれあい薬局開局

平成 20 年 9 月 ふれあい薬局岩槻店開局

（現在 2 店舗を経営する）

### プロフィール

現在、埼玉県内で薬剤師の在宅医療について進める活動を 4 年前から積極的に行っている。

一方、患者自宅にある残薬についてもデータを集め研究を行った。

また、地元飯能では多職種連携事業として「飯能日高地区ワールドカフェ」という多職種での座談会を立ち上げ、顔の見える関係を構築し「地域包括ケアシステムの構築」について多くの意見を集め行政とともに地域の医療介護の連携について検討している。

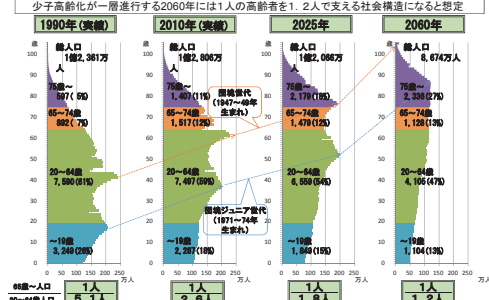
## 在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と今後の展望 (城西大学生涯学習2016.05.14)

埼玉県薬剤師会 常務理事  
ふれあい薬局 代表取締役  
池田 里江子

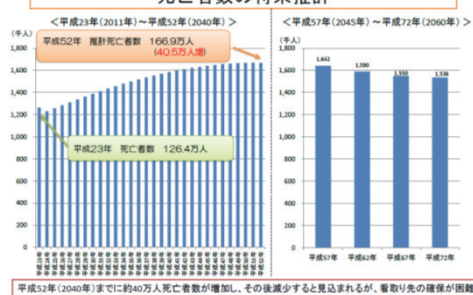
## 近年の医療制度について

人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

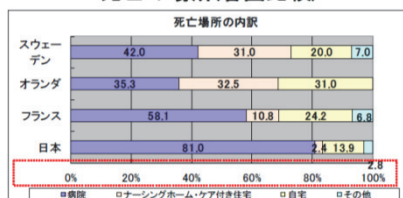
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



死亡者数の将来推計



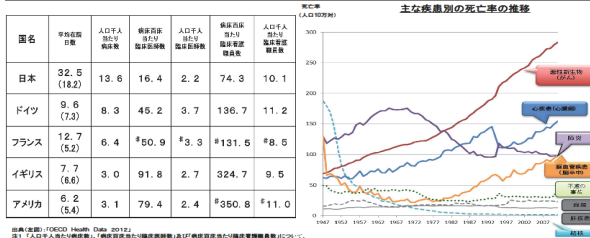
死亡の場所(各国比較)

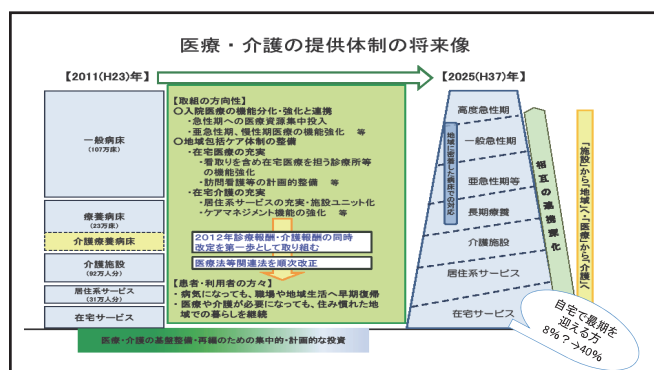


国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い

日本の医療提供体制の課題

- 日本の医療を見ても、人口当たりの病床(ベッド)数は他国よりも多く、特にベッド当たりの医師数は相対的に低い水準となっている。
- 高齢化の進展により、医療ニーズが、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

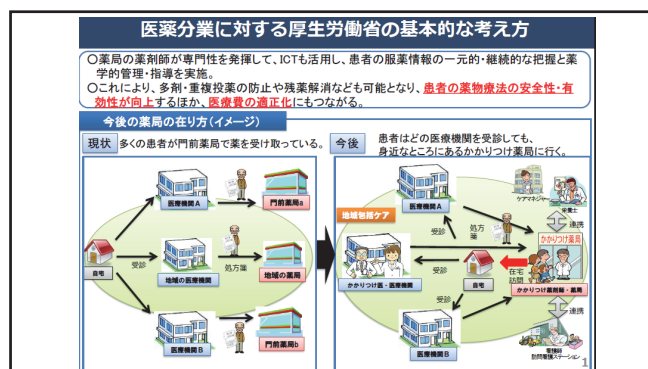




2015年11月に厚生労働省より発表された

## 患者のための薬局ビジョン

## 概 要

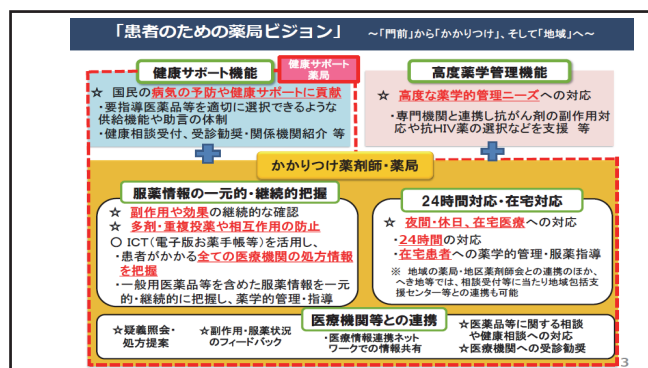


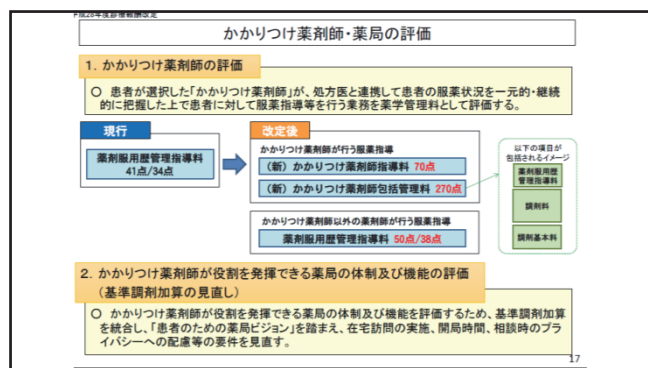
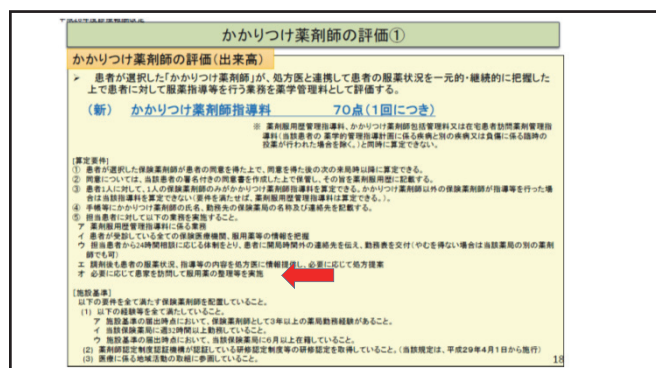
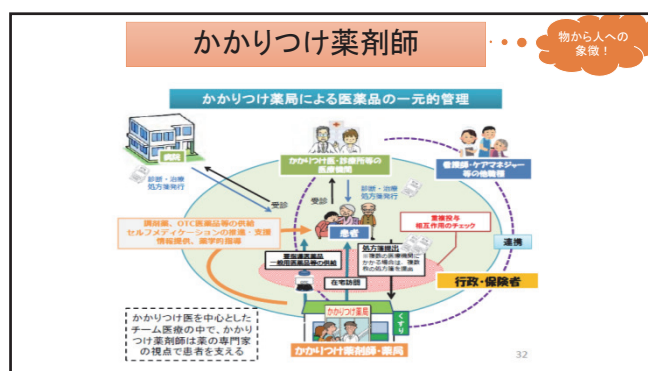
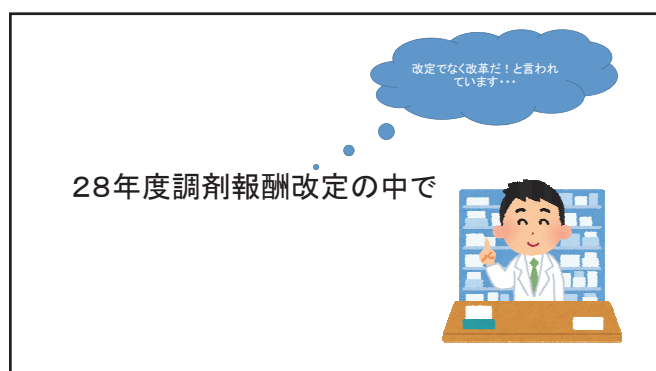
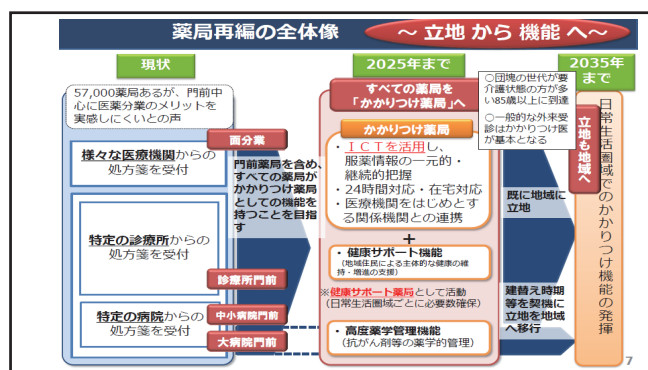
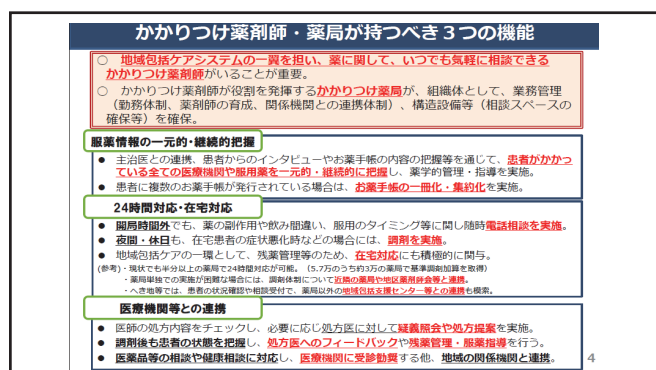
## 患者本位の医薬分業の実現に向けて

地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たす、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組む。

＜患者本位の医療分業で実現できること＞

- 服用歴や現在服用中の全ての薬剤に関する情報等を一元的・統一的に把握し、次のような処方内容のチェックを受けられる
- ✓複数診療科を受診した場でも、多剤・重複投薬等や相互作用が防止される
- 薬剤の副作用や期待される効果の統一的な認識を受けられる
- 在宅で療養する患者も、行き届いた薬剤の管理が受けられる
- 過去の服薬歴情報等から薬剤が適切に服薬に繋がっている。また、薬について不安などが出た場合には、いつでも電話等で相談できる
- かかつた薬剤師からの丁寧な説明により、薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。これにより、薬害の解消される。 など





## 注目すべき分割調剤

### 医薬品の適正使用の推進④

#### 長期投薬の取扱の明確化【医科】

➤ 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に合ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に通知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として処方見直しを医師が行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。  
イ 200床以上の医療連携機関にあっては、患者に対して他の医療連携機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。  
ウ 患者の病状が安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割調剤による処方せんを交付する。**

**薬局における分割調剤**

➤ 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、**薬局で分割調剤を実施する。その際、処方箋は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数に記載する。2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方箋に附して後継提供を行う。**

(上記分割調剤の算定例) ※30日分の処方せんに10日分割調剤を指示

○**処方せん本数、調剤回数、薬量管理単位**  
分割調剤しない場合(30日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**1/3点**  
※1回の分割指示の場合に分割調剤ごとにA点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA点

○**調剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**1/3点分の薬剤料**



## 健康サポート薬局制度

## ①健康サポート薬局

### 1. 健康サポート機能を有する薬局の位置づけ

- (1) **かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、**
- (2) 地域住民による主体的な**健康の維持・増進を積極的に支援する**薬局

#### 【「積極的な支援」とは】

- ① **医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用**に関する助言
- ② 地域住民の身近な存在として**健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介。**
- ③ 率先して**地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施**

## 健康サポート薬局の要件

- 1 かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的機能
  - (1) 服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
  - (2) 24時間対応、在宅対応
  - (3) かかりつけ医を始めとした関係機関等との連携強化
- 2 積極的な健康サポート機能
  - (1) 地域における連携体制の構築
  - (2) 薬剤師の資質確保
  - (3) 薬局の設備
  - (4) 薬局における表示
  - (5) 要指導医薬品等の取扱い
  - (6) 開局時間
  - (7) 健康相談・健康サポート

## 研修について

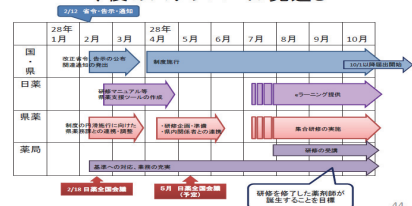
### 研修項目(全体)

	研修項目	時間
技能 習得型	健康サポート薬局の基本理念	1
	薬局利用者の状態把握と対応	4
	地域包括ケアシステムにおける多職種連携と薬剤師の対応	3
	地域住民の健康維持・増進	2
知識 習得型	要指導医薬品等取扱	8
	健康食品、食品	2
	保健支援	2
	認知症対策	1
	感染対策	2
	衛生用品、介護用品等	1
	薬物乱用防止	1
	公衆衛生	1
	地域包括ケアシステムにおける先進的な取組事例	1
	コミュニケーション力の向上	1

計30時間 37

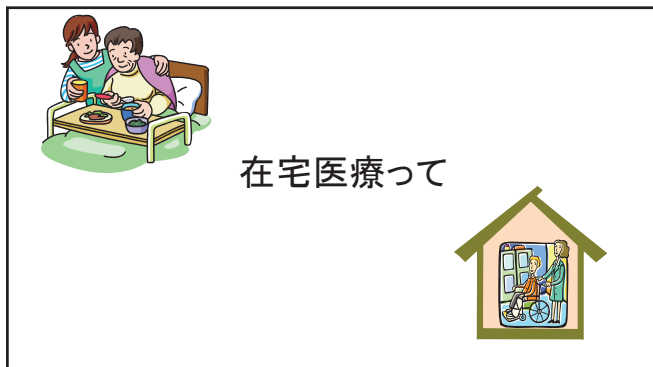
## 健康サポート薬局届出までの スケジュールング

### 今後のスケジュール見通し



44





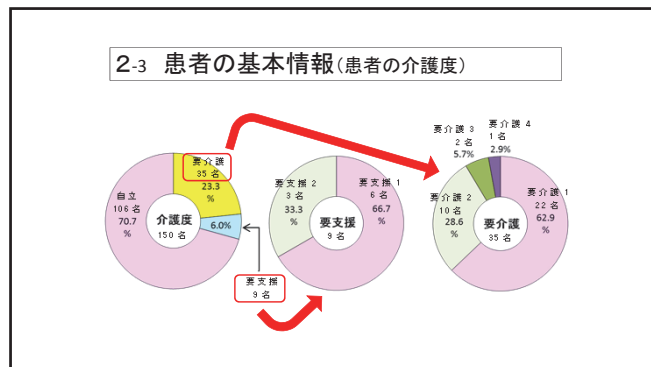
平成26年度厚生労働省委託事業 薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業  
平成27年2月 埼玉県一般社団法人埼玉県薬剤師会 報告

**高齢者等の薬の飲み残し対策事業(第1報)**

平成26年8月18日から10月31日までの間に、原則として初回、2回目、最終の計3回、調査参加薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、残薬の仕分けや聞き取りによる患者アンケートを実施した。

- 50歳以上、慢性疾患で1年以上の服薬歴を有する者等の基準を設け、調査参加薬局が薬剤服用歴等から訪問の必要性が高いと思われる患者を独自に選定した上で調査の概要を説明し、参加する意思が確認できた患者に同意書の提出を依頼した。なお、できるだけ多くの薬局に参加してもらうため、1薬局1患者を原則とした。
- 患者居宅の訪問による調査を実施
- また、残薬の状況に応じた患者への服薬指導や介護者への報告、医師への処方調整依頼などの取組を積極的に行い、その結果等を薬剤師用調査票に記載した。

1 調査参加薬局と同意取得状況		
	保険薬局数	患者数(名)
埼玉県内の全保険薬局数 (平成26年12月現在)	2,673(100%)	—
調査参加	183(6.8%)	204(100%)
同意取得	174(6.5%)	185(90.7%)
有効データ	140(5.2%)	150(73.5%)



## 認知症の進行による患者の変化

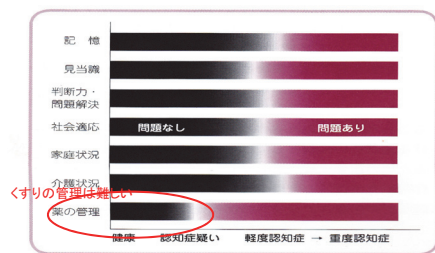
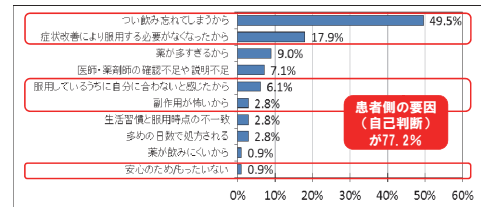


図1 認知症の進行による患者の変化

## 3-4 残薬調査結果 (残薬が生じた理由: 患者アンケートから)



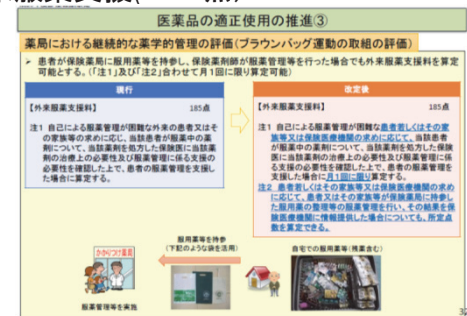
➡ 患者の状況に応じた薬剤師による適切な支援が行われれば、かなりの改善が可能。

## 3-1 残薬調査結果(残薬及び不要薬の状況)

患者が飲み残した処方薬	初回調査時		最終調査時
	残薬 (現在服用中)	不要薬 (それ以外)	残薬 (現在服用中)
保有患者数	150名(100%)	97名(64.7%)	142名(94.7%)
金額(円)	2,227,704	737,625	1,281,969

945,735円の削減

## 外来服薬支援(185点)



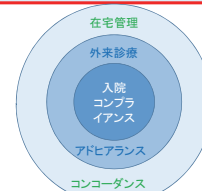
## 実際の在宅医療における薬剤師の役割

- ①医薬品の適正使用
- ②終末緩和ケアへの参加
- ③多職種連携による協働

入院・外来診療・在宅医療  
の考え方の違い

コンコーダンス  
自ら治療に参加する  
ナラティブストーリーを共有し、  
自らが治療の主体となって積極的に率先して服薬に係る

コンプライアンス  
服薬を順守する  
ともかく飲むことを最優先する  
考え方



アドヒアランス  
納得した服薬  
服薬の意味を知る 薬識を持つ

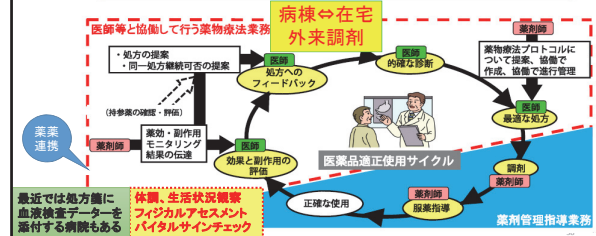
## 実際の在宅医療における薬剤師の役割

- ①医薬品の適正使用
- ②終末緩和ケアへの参加
- ③多職種連携による協働

## 薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）

安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）（平成20年6月厚生労働省）

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、質向上策の充実も図る。



## 医薬品が適正に使用されない・管理ができない理由は3つ



### 飲めない

剤型変更 服薬時点は？ 身体的問題(嚥下力など)



### 忘れる

管理能力低下 日時の感覚 初期の認知症



### 飲みたくない

薬識・病識の不足 間違った情報(情報の氾濫) 副作用不安(過去の経験)

飲みたくないという意識の改善は重要！！

39



### 飲めない

### 薬を飲みやすくする工夫

- 嚥下能力の確認  
ゼリー、とろみ剤などの利用
- 飲み方の確認(身体機能は？)
- 簡易懸濁法(かんいけんだくほう)
- お薬の形状を変更  
貼付剤、口腔崩壊錠、外用剤、坐薬
- 嚥下状態に合わせる・服薬回数の見直し(生活に合わせて)



薬剤師は断然得意！  
錠剤知識の有効活用

40

## 後発品にも役立つものが沢山あります

**商品名:** セレニカR錠40錠  
**主成分:** バルプロ酸ナトリウム (Sodium valproate)  
**剤形:** 錠剤 (白色の錠剤) セレニカR錠40錠  
**シートの記載:** バルプロ酸ナトリウム 400mg (10錠) バルプロ酸ナトリウム 400mg (10錠) バルプロ酸ナトリウム 400mg (10錠) バルプロ酸ナトリウム 400mg (10錠)



**商品名:** ジバケンシロップ75%  
**主成分:** ジバケンシロップ75%  
**剤形:** シロップ (白色のシロップ) ジバケンシロップ75%  
**シートの記載:** ジバケンシロップ75% (100ml) ジバケンシロップ75% (100ml) ジバケンシロップ75% (100ml) ジバケンシロップ75% (100ml)



**商品名:** エピレナート錠100mg  
**主成分:** エピレナート錠100mg  
**剤形:** 錠剤 (白色の錠剤) エピレナート錠100mg  
**シートの記載:** エピレナート錠100mg (10錠) エピレナート錠100mg (10錠) エピレナート錠100mg (10錠) エピレナート錠100mg (10錠)



最近は貼付剤やゼリー、舌にのせると溶けるフィルムシートなど  
特徴ある後発品の開発が進んでいます。

その方の状態によって、もっとも手がかからず簡単に飲ませられるものを提案します



### 忘れる

### 個々の患者の能力に応じた薬の管理方法

患者の残存能力を考慮すること  
過剰な服薬支援は能力を落とす場合もある。



### 一包装



箱に仕切りを入れて  
手製のケース作成  
1包装されていても  
中身が判る情報

### ビルケース



### インスリンの針

### 投薬カレンダー

42

**飲みたくない** どうして飲みたくないのでしょうか

- 残薬や併用薬が多くなりすぎ**整理がつかなくなったため**、飲まない。
- 何の薬が**理解していないため**飲まない。
- 薬の**副作用が怖い**ため飲まない
- 特に体調が悪くないから飲まない**(自己調整)**

そこまでに至った経緯を聴き取る（充分な傾聴）  
繰り返し、理解をえる、恐怖心をなくすための説明

投薬窓口では  
難しい……

フィジカルアセスメント 例1

血圧の薬が沢山残薬となっていた  
要介護2 高齢世帯

薬剤師が行ったこと(客観的情報と主観的情報)

- ・ 血圧の薬は1日1回にまとめ、9時30分に入るヘルパーさんに確認を依頼。
- ・ 当面は週1回訪問して血圧測定。週3回のデイサービスの血圧記録も確認。
- ・ コンプライアンスの上昇とともに、血圧は上が100を切るようになってきた。デイサービスからもふらつきの訴えあり。

アセスメントとアウトカム

医師に訪問時及びデイサービスでの測定値を文書で提示。ノルバスクリン10mgから5mg、その後も低い推移だったため2.5mgに替わった。

フィジカルアセスメント 例2

老人性うつと診断され安定剤を飲んでしたが  
日中横になることが多かった  
要支援1 高齢住宅

薬剤師が行ったこと(客観的情報と主観的情報)

- ・ 日中横になり対応もはっきりしない。しかしご本人は精神的には安定していたのでコンスタンについての必要性について医師に確認。
- ・ 寝る前の薬もレンドルミンにデパスと飲んでいたので朝も起床時ははっきりしないとロキソニンも飲んでいて。
- ・ まずは星間のコンスタンの影響を考え医師に報告

アセスメントとアウトカム

コンスタンが削除されてしばらくすると夜も眠れるようになり、寝る前の薬が  
ロゼのみに変更になった。また、ロキソニンも不要になった。

実際の在宅医療における薬剤師の役割

①医薬品の適正使用

②終末緩和ケアへの参加

③多職種連携による協働

在宅での終末期支援 看取りへ

痛みの少ない終末

必要な医療が在宅で行える

医療用麻薬を使った疼痛緩和ケア

中心静脈栄養 必要な輸液の供給

医療用具・医療器具 衛生材料の供給

全人的な痛みの軽減は 家族・介護者・医療者の連携が大切  
薬剤師は薬を上手に使うための 様々な支援

終末期こそ医療と介護の連携が大切

事例1 在宅高カロリー輸液療法 (IVH)  
86歳男性 要介護2

処方

- 1) ネオバレン2号輸液 1000ml  
ソラクト輸液 500ml  
ヘパフラッシュ100単位/ml  
シリンジ10ml 1筒 7日分
- 2) テルフュージョンポンプ用  
チューブセットTS-P541F076 7セット
- 3) テルフュージョン輸液セット  
TI-U750P 7セット
- 4) フェンタニル3日用テープ12.6mg 5枚
- 5) オブソノ内服液5mg 2.5ml 30包 (1回3P) 10回分
- 6) マグミット330 3錠  
アンブロキシール錠15mg 3錠  
1日3回毎食後 14日分
- 7) ランソプラゾールOD錠30mg 1錠  
1日1回 朝食後 14日分
- 6) 7) 1包化

・IVHの持続点滴が可能になるようにポンプ用のチューブセットを用意して、ポンプを準備して下さる業者を紹介して翌日よりポンプで管理。

・アンブロキシール→1日1回錠剤へ  
・マグミット330mg →ラキソベロン液  
・オブソノ内服液 →オキノーム散10mg (服薬ゼリーにて服薬)

レスキュー ドーパミンが少なな薬が揃っていた

## 事例2 無菌調剤処方

66歳 男性（胃がん終末期）

- |  |   |
|--|---|
| <p>1) エルネオバ1号液 1000ml 7キット<br/>         ブスコパン注20mg 2%1ml 14管<br/>         用法 7日分とする 無菌調剤混合<br/>         アタラックスP25mg2A×7日分も混注</p> <p>2) 在宅中心静脈栄養用輸液セット（本体） 2本<br/>         在宅中心静脈栄養用輸液セット（付属品フーバー針） 2本</p> <p>3) 生食注シリンジ10ml 2筒</p> <p>4) サンドスタチン皮下注用50μg 1ml 42管<br/>         生理食塩水 20ml 3A<br/>         用法 シュアユーザーポンプ100ml用使用 無菌調剤混合<br/>         全量を7日分とする</p> | <p>5) アブストラル舌下錠 100μg 2錠<br/>         疼痛時 10回分</p> <p>6) フェントステープ4mg 7枚<br/>         1日1枚貼付</p> <p>* 脱水観察<br/>         * 痛みと嘔気について確認<br/>         レスキューの量やベース薬の量について確認<br/>         嘔気について医師と適正薬を検討する。</p> <p>* 医療材料や衛生材料の検討<br/>         口腔内乾燥にてスプレータイプ、ゼリータイプの衛生用品を提案</p> |
|--|---|

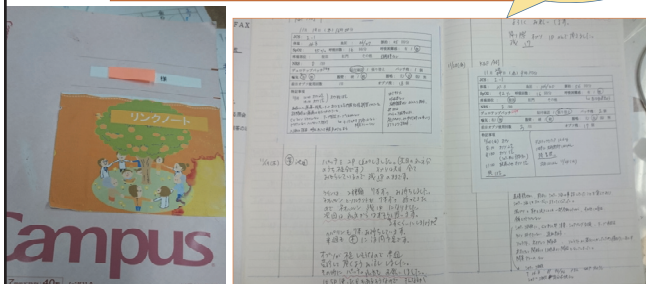
## その他こんなことも行います

- ◆ 間違えて飲んでしまったり、飲み忘れた時のフォロー
- ◆ 患者さんだけでなく、ご家族やケアマネ、サービス提供者への情報提供
- ◆ 医療廃棄物の処理
- ◆ 看取り後の麻薬の回収

在宅管理をしていない場合でも、処方薬局への情報提供をお願いします

## リンクノートについて

点が線になる情報源です！



## ふれあい薬局の無菌調剤業務



埼玉県薬剤師会  
ステップアップ講習会  
の様子



ポイント 単に薬の管理だけでなく薬学的な管理を行います

薬の管理



薬学的な  
管理



医師の処方通りに薬を  
服用(使用)するための  
管理

薬剤師でなくても・・・

服用していることで  
効果は？副作用は？ADLや  
QOLに影響していない？など

薬学的な知識に基づいて  
評価しつつ、服薬状況を管理

## 実際の在宅医療における薬剤師の役割

- ①医薬品の適正使用
- ②終末緩和ケアへの参加
- ③多職種連携による協働

## 多職種と協働して患者さんの生活をサポートする (薬の管理ができない方)

例えば・・・

- ①どうしてもコンプライアンスの確認が取れないとき
  - ②体調について確認したいとき
  - ③何よりも、導入時にケアマネさんの同行あるいは確認をお願いする
- まだまだ、まだまだ、いっぱいあります！！

## 多職種と協働して患者さんの生活をサポートする (終末医療)

訪問看護さんと同じ時間に訪問してまずは患者さんの状態管理

- ・呼吸や血圧
- ・褥瘡の状態
- ・体重の様子など

↓

痛みや嘔気・便秘などADLのコントロールを相談

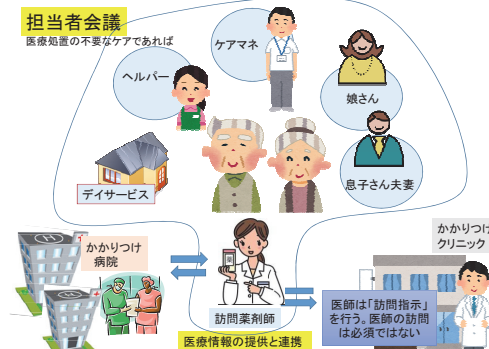
↓

医師に報告

ほんの  
1例で  
す！

### 担当会議

医療処置の必要なケアであれば



## 多職種連携を進める方法って？

医療者・介護者・福祉者のための  
多職種連携事例1

### 旭川発祥 ケアカフェ®

【対象者】  
● ケアに携わる方～医療職、介護職、福祉者(教育、保育、法務官、店舗勤務、ボランティア、行政職など)誰かを思いやる側に立っている人すべて

【参加費】  
● 無 料

【持ち物】  
● ネームプレートかネームタグ  
仕事場で使われているもので結構です  
● マグカップなどのコップ  
落として壊れると悲しいので2番目に気に入って  
● ペンかマジック  
模造紙に書くときに使います。裏移りしない細めのマジックが最適です。  
いろいろな色を用意するのもgood!!  
● お菓子・スイーツ  
**話しながらかつめるものを少量ご持参ください**

グループは4-6人で構成



## ケア☺カフェ

### 「目的」

- ① 日常のケアの相談できる場所づくり
- ② 顔の見える関係作り
- ③ 地域ケアの向上



### 「ファシリテーター」

一つのテーブルに一人残る人を決めその人が今までの経緯をつなげる

## ケア☺カフェ の特徴



### 「相互扶助・贈り物」

すでに社会では様々なお金のとれる「ケア」が溢れている。しかし、ケアで得られるものはお金だけではありません。ケアをした側の満足感・相手からの感謝・ある種の名誉など、ケアした側もケアされる側も相互に「贈り物」を得ることができます。この考えをこのカフェで体験します。



お菓子など軽食の持ち寄り・小額なお金を払う・会場の準備・片づけ・積極的な参加態度など

<http://www.carecafe-japan.com/>

### 多職種連携事例2

飯能・日高地区では  
ワールドカフェが開催されています！

### ワールドカフェ開催の目的

\* 顔の見える関係を構築する。

\* 多職種が気軽に意見や情報を交わす場を提供する。

### ワールドカフェって？

少人数のグループに分かれテーマに沿って話し合いをします。

短時間でグループのメンバーを変えながらグループを渡り歩き感じで行います。

時にお茶やお菓子を食べながら楽しく会話を進めていきます。



ワールドカフェ  
飯能編  
をのそいてみよう

### ワールドカフェの歩み

☆ 座談会の内容、参加者	参加者	グループ数	時間	内容、テーマ
第1回 H26.1.15	40人	4	15分×5	テーマ「飯能地区における地域包括ケアシステムの構築」 ～何からはじめたら良いか？～
第2回 H26.5.21	81人	8	20分×3	説明 株式会社エイル 地域医療連携支援システム テーマ「多職種連携をするには何が大切か」
第3回 H26.10.29	107人	11	25分×2	症例報告 土屋医院 院長 土屋 崇 先生 症例検討① 職能として出来ること ② 継続していくために何が出来るか？
合同勉強会・ 情報交換会 H27.2.18	73人	8	45分 30分	実践報告① 飯能市福祉部介護福祉課 平沼 千恵美 主幹 実践報告② 訪問看護ステーションほほえみ 塩澤 幸代 看護師 実践報告③ 大野デンタルクリニック 大野 康 先生 実践報告④ 小室内科消化器科クリニック 小室 理 先生

★第5回 多職種連携研究会 飯能・日高ワールドカフェ開催★  
3月2日 飯能市民活動センターにて開催されました。グループに分かれ  
カフェ形式での症例検討、各職種から「認知症初期集中支援チーム」「健康サポート薬局」「認知症ケアパス」などの紹介もあり、限られた時  
間のなかで今後の地域包括ケア体制の充実を図っていくために活発な意見交換・情報交換が行われました。

#### 【 今回の参加者（137名） 】

飯能地区医師会9名、入間郡市歯科医師会6名、飯能地区薬剤師会16名、  
医療機関関係者21名、埼玉県山保健所2名、飯能市4名、日高市2名、  
訪問看護ステーション15名、介護支援専門員16名、介護施設職員17名、  
地域包括支援センター15名、他

#### 【 終了後のアンケート結果より 】

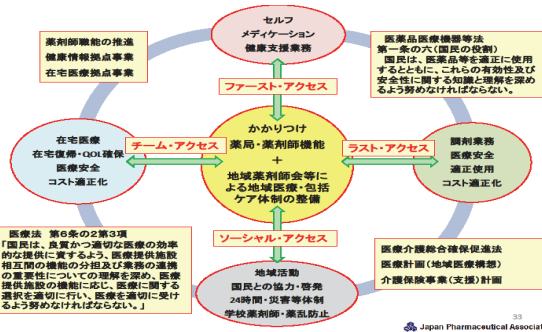
Q1 今日のワールドカフェはいかがでしたか？（回収率62.6%）

大変良かった35 良かった33 あまり良くなかった2 無記入2  
計73名回答

Q2 現在の業務での課題はありますか？

- ・人員不足、求人を出しても中々来ない 人材育成
- ・勤める人員が少なく在宅業務を受けることをためらい積極的に動けない
- ・地域連携を充実させたい 地域医療、施設と地域のかかわり
- ・地域への情報発信
- ・「地域包括システム」について専門職だけが勉強するのではなくいかに地域  
住民に普及、啓発するかということ
- ・地域を支えるため、専門職の横のつながりを大切にしていくこと
- ・介護と医療のシステム作りが急がれる
- ・多職種での連携、特に医師との連携
- ・患者との連携をより深めていきたい
- ・各職種の専門性を理解し協力していくことが重要。カフェに参加し意見交換することで情報を得ることが出来るのが良い

## 調剤薬局の業務



## 在宅医療に対する問題点

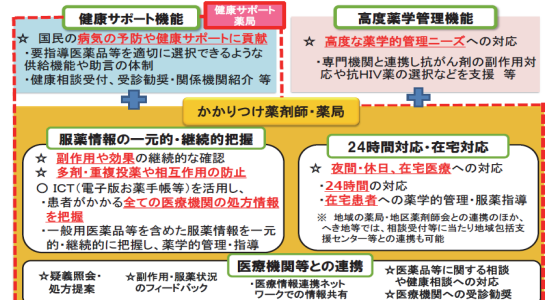
- ・なにせ採算が合うまで時間がかかる！  
時間と手間ばかり初めはかかる
- ・訪問時のトラブル
- ・患者さんの情報提供が少ない！ → 多職種との連携が必要
- ・終末医療に対する役割が知られていない！ などなど

## かかりつけ薬剤師・薬局の問題点

薬剤師個人が評価されている！が……

### 「患者のための薬局ビジョン」

～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～



## 薬剤師の職能って

国民の環境衛生と健康を守る



未病から看取りまで

医療人として



患者さんの希望する  
ライフスタイルを  
応援したい！

医薬品の適正使用



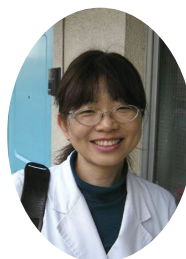
### 演題3

# 「在宅訪問栄養食事指導の実際」

演者      中村 育子 先生

医療法人社団福寿会  
福岡クリニック在宅部栄養課  
課長

## 略 歴



### (資 格)

管理栄養士 介護支援専門員

### (学 歴)

平成 6 年 女子栄養大学栄養学部卒業

平成 20 年 女子栄養大学医療栄養学研究室研究生

平成 21 年 女子栄養大学大学院栄養学研究科 栄養学専攻 修士課程入学

平成 23 年 女子栄養大学大学院栄養学研究科 栄養学専攻 修士課程卒業

平成 24 年 静岡県立大学大学院薬食生命科学

総合学府博士後期課程食品栄養科学専攻入学

平成 27 年 静岡県立大学大学院薬食生命科学

総合学府博士後期課程食品栄養科学専攻満期終了

### (職 歴)

平成 6 年 4 月 板橋区立西台在宅サービスセンター

平成 9 年 12 月 福岡クリニック在宅部栄養課

平成 27 年現在も現職 栄養課 課長

平成 20 年 6 月 全国在宅訪問栄養食事指導研究会会長に就任

平成 24 年 6 月 全国在宅訪問栄養食事指導研究会会長から副会長に就任

平成 26 年 6 月 日本在宅栄養管理学会（旧全国在宅訪問栄養食事指導研究会）  
副理事長に就任

(所属学会) 日本在宅栄養管理学会、日本病態栄養学会、日本褥瘡学会





### 在宅訪問栄養食事指導で行うこと

- ① 食事の聞き取りを行い、摂取栄養量を算出し、必要栄養量を算出して、不足する栄養素を抽出する。
- ② 栄養がなぜ不足するのか、その問題点を抽出する。
- ③ ケアプランや本人・家族の意向に添ったゴールを設定し、長期目標、短期目標を設定し、目標が達成できるよう栄養ケアを行う。栄養ケアは家族やヘルパーに対しての調理指導、栄養相談、メニュー提案、配食サービスや栄養補助食品等の情報提供を行う。
- ④ 栄養指導の効果は、多職種連携し、疾病の改善、栄養状態の改善、ADLの改善、食の楽しみを増やすことに貢献し、QOLの向上を目指す。

### 在宅高齢患者の栄養状態

◆ 国立長寿医療研究センターが、在宅療養患者である高齢者990名を対象にした調査結果によれば、低栄養の者は356名(37.4%)、低栄養のおそれありの者は335名(35.2%)、合わせて691名(72.7%)が栄養状態に問題あり。

栄養評価(MNA-SF)の結果					
	低栄養	低栄養のおそれあり	(参考)低栄養・低栄養のおそれあり	栄養状態良好	計
男性	126	135	261	108	369
(A)	34.1%	36.6%	70.7%	29.3%	100.0%
女性	230	200	430	152	582
(A)	39.5%	34.4%	73.9%	26.1%	100.0%
計	356	335	691	260	951
	37.4%	35.2%	72.7%	27.3%	100.0%

注: MNA-SF (Mini Nutritional Assessment): 高齢者の栄養評価スケール(最大14ポイントで、食欲不振、体重減少、歩行の状況、ストレス、神経・精神的問題の有無、BMI(BMIが測定できない人はふくらはぎの周囲長で判定) 低栄養: 0~7ポイント、低栄養のおそれあり: 8~11ポイント

出典: 国立長寿医療研究センター(平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養患者の摂取状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書)  
 ・調査対象者: 男性384名、女性606名、計990名  
 ・対象者の年齢: 男性81.1±7.9歳、女性84.7±8.3歳

### 在宅要介護高齢者の低栄養リスク

～生活環境要因による栄養状態の悪化～

- ・ ADLの低下、認知機能障害
- ・ 介護力不足、不十分な食事の供給
- ・ 不適切な食事形態の提供
- ・ 不適切な食事介助
- ・ 食習慣の問題
- ・ 貧困、かかりつけ医の不在
- ・ 体重が測定できない
- ・ 栄養評価を定期的にしていない

## 高齢期の必要な栄養

在宅での食事



施設での食事



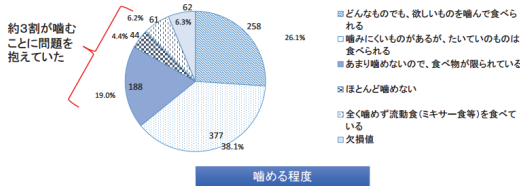
7

## 在宅高齢者に多い食事パターン

- 主食(パン・餅・ごはん・麺類)のみ+漬物、佃煮
- 主食+1品(コロッケ、天ぷら、シューマイ、餃子)
- 味付けの濃い物の組み合わせ(佃煮、漬物、しょうゆ、みそを多く使った料理)
- 野菜や果物の摂取が少ない(手の込んだ料理が作れない、経済的な問題により)
- 料理の品数が少ない
- 団子、おはぎ、カステラ等を食事の代わりにする

## 在宅高齢患者の摂食嚥下障害

◆在宅療養患者の高齢者(990名)の嚥める程度については、「あまり嚥めないで、食べ物が限られている」者が19.0%、「ほとんど嚥めない」者が4.4%、「全く嚥めず流動食を食べている」者が6.2%と、嚥むことに問題を抱えていたのは、全体の約3割。

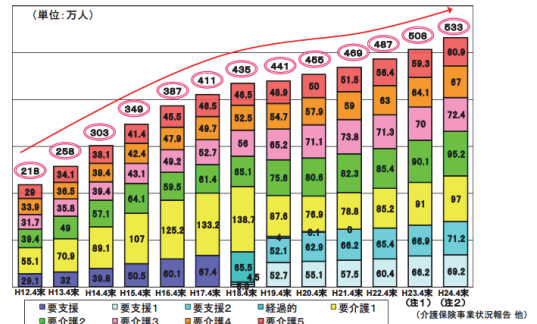


出典:国立長寿医療研究センター(平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書  
調査対象者:男性384名、女性606名、計990名  
対象者の年齢:男性81.1±7.9歳、女性84.7±8.3歳

9

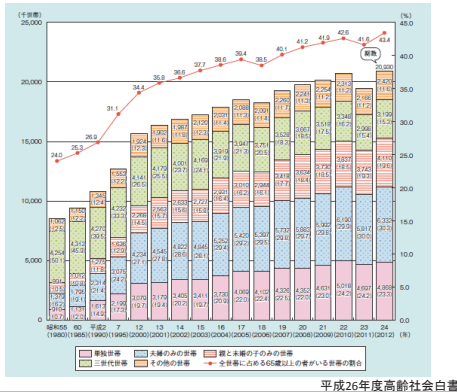
## 要介護度別の認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成24年4月現在53.3万人で、この12年間で約2.44倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



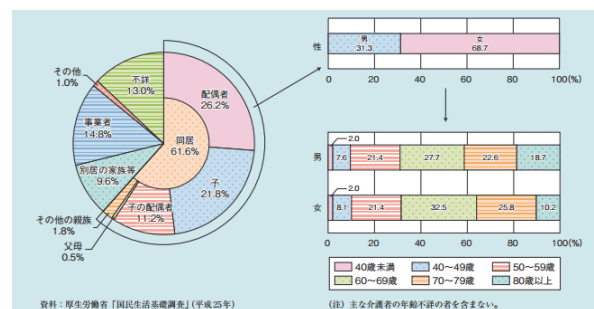
## 65歳以上がいる世帯

～高齢者(65歳以上)のいる世帯は約4割、単独・夫婦のみが過半数～



11

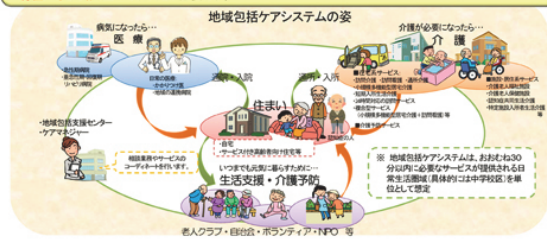
## 介護者の内訳は配偶者がトップ



## 地域包括ケアシステム

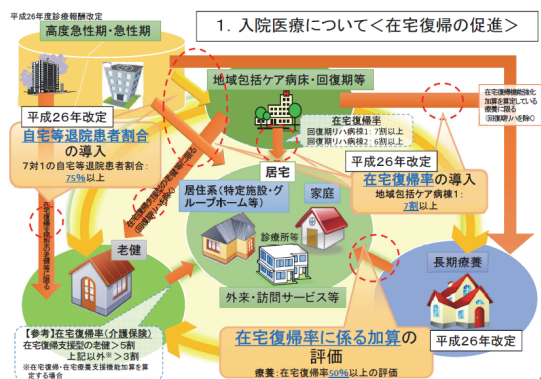
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

### 地域包括ケアシステムの姿



## 在宅患者の増加

### 病院・施設から在宅へ



## 在宅訪問栄養食事指導とは

医療保険(1994年4月)在宅患者訪問栄養指導530点  
介護保険(2000年4月)居宅療養管理指導533単位  
\* 居住系施設は450点、452単位)

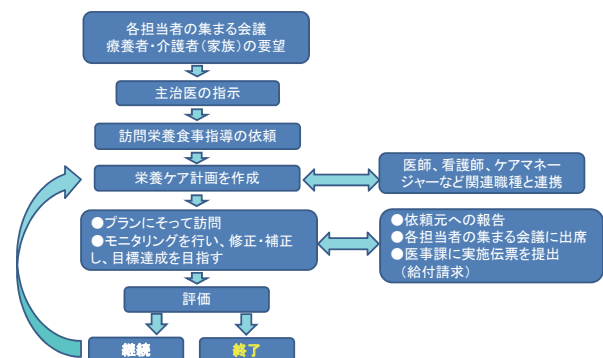
通院困難で在宅診療を行っている患者で、厚生労働大臣が定める特別食を必要とすると医師が判断し、在宅訪問栄養食事指導の指示を出した者に対して、医療機関の管理栄養士は2回/月を限度に算定できる。

15

## 在宅訪問栄養食事指導の目的

在宅訪問栄養食事指導は療養者宅に訪問し生活の実態及び本人・家族の意向を把握しながら多職種と連携し、家族に負担の少ない実践的な栄養指導を行うことにより、療養者の栄養改善から疾病やADLを改善しQOLの向上を目的としている。

## 訪問栄養食事指導の流れ



訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめ、日本医食協会、全国在宅訪問栄養食事指導研究会

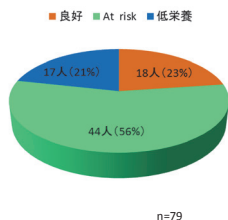
## 在宅における栄養評価項目

1. 身体・栄養状態(体重、BMI、血液生化学検査、褥瘡)
2. 食事内容(食形態、食量、嗜好、水分量)
3. 疾病状態(改善・維持・悪化・服薬の増減)
4. ADL及びQOL(日常生活動作・生活の質)
5. 口腔内の状態(摂食・嚥下、義歯調整、適正な食事形態、正常な味覚(亜鉛欠乏))
6. 精神状態(食事に対する意欲、精神的落ち込み、睡眠)
7. 排泄(便秘・下痢)

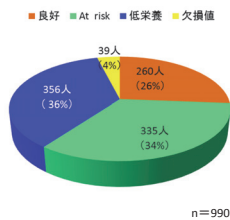
18

## MNA-SFによる栄養評価の比較

福岡クリニック在宅訪問栄養食事指導対象者



在宅高齢療養者



参考文献:平成24年度在宅療養者の栄養状態とその改善方法に関する調査。国立長寿医療研究センター

19

## 我が国の訪問栄養食事指導

### 1. 医療保険

在宅患者訪問栄養食事指導料:530点(450点)

在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、医師が特別食を提供する必要性を認めた場合であり、当該医師の指示に基づき管理栄養士が患者宅を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養指導箋を患者・家族に対して交付した場合に算定する。

## 厚生労働大臣が定める特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食脂質異常症食、痛風食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、特別な場合の検査食、消化管術後に対する潰瘍食、高度肥満に対する治療食、高血圧に対する減塩食、痛風食、クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、

がん、低栄養、摂食嚥下機能低下

### 2. 介護保険

居宅療養管理指導(管理栄養士が行う場合):

533(452)単位

通院又は通所が困難な在宅の利用者に対して、当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が計画的に医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に関わる情報提供及び指導または助言を行った場合に1か月に2回を限度として算定する。

## 介護保険・厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量および内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、消化管術後に対する潰瘍食、高度肥満に対する治療食、高血圧に対する減塩食、痛風食、クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、**嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食**および特別な場合の検査食

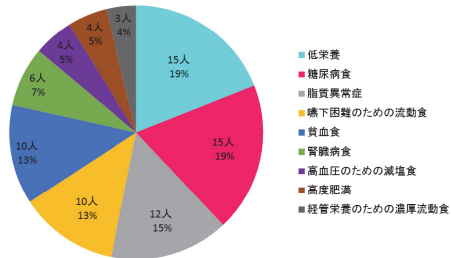
## 在宅訪問栄養食事指導対象者内訳

n=79(男性12名、女性67名)	
年齢(歳)	80.0±7.8
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	20.7±3.6
血清Alb(g/dl)	3.8±0.6

24



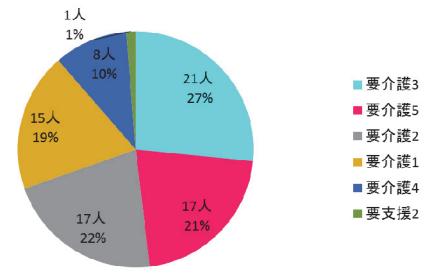
## 特別食の内訳



n=79

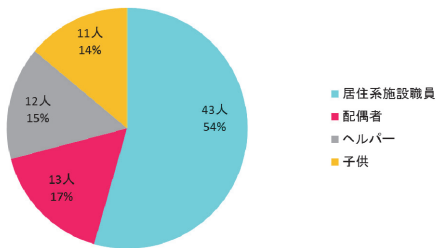
25

## 介護度の内訳



n=79

## 介護者の内訳



n=79

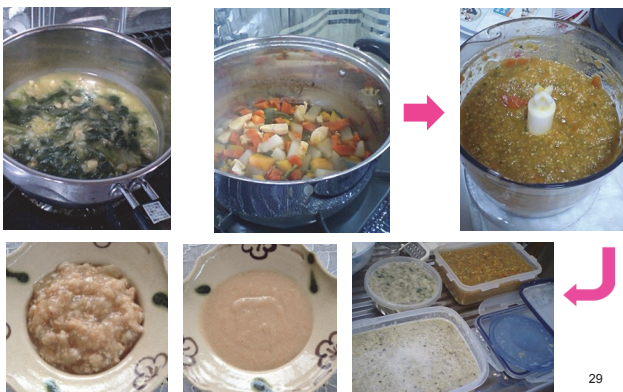
27

## 介護者の介護軽減のための 嚥下調整食の作り方

- 基本は家族の食べる食事を基本に調理する。
- 市販品や加工品を上手に使用して、調理時間を短縮する。  
(お惣菜、缶詰、冷凍食品、介護食品、レトルト)



## 嚥下調整食の簡単な調理法や保存法



29

## 介護食品や冷凍食品の簡単アレンジ



30



日本摂食嚥下リハビリテーション学会  
嚥下調整食分類2013と他介護食分類の対応

学会分類2013

学会分類2013	他分類
0j 嚥下調整食 0j	特別介護食 L0 (嚥下食)
1j 嚥下調整食 1j	特別介護食 L1-L2 (嚥下食)
2-1 嚥下調整食 2-1	特別介護食 L3 (嚥下食)
2-2 嚥下調整食 2-2	特別介護食 L4 (嚥下食)
3 嚥下調整食 3	特別介護食 L5 (嚥下食)
4 嚥下調整食 4	特別介護食 L6 (嚥下食)

31

## 胃瘻増設の減少と重度の摂食嚥下障害者の増加

### 1. 胃瘻増設時、胃瘻増設時嚥下機能評価加算

胃瘻増設前の嚥下機能評価の実施等の推進を図るため、胃瘻増設時の評価を見直すとともに、胃瘻増設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。

【現行】

胃瘻増設時	10,070点
-------	---------

【改定後】

(改) 胃瘻増設時	6,070点
(新) 胃瘻増設時嚥下機能評価加算	2,500点

※ 要件を満たさない場合、80/100に減算(平成27年4月1日～)

【胃瘻増設時の留意事項】

- 胃瘻増設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明
- 胃瘻増設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明
- 他医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能等の情報提供を実施

(算定のイメージ)

年間の胃瘻増設件数 (継続性評価を要する)	50件未満	100/100減算	胃瘻増設時 6,070点	+	胃瘻増設時嚥下機能評価加算 2,500点
50件以上	以下の要件を満たす	80/100減算	胃瘻増設時 4,566点	+	胃瘻増設時嚥下機能評価加算 2,000点

【要件】(胃瘻増設が年間50件以上の場合)

- (1) 事前に食事に嚥下機能検査を実施(嚥下法形又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
- (2) 嚥下機能検査結果55%以上(鼻経栄養・胃瘻増設患者の回復率をいう。定義は次々頁)

【減算】(胃瘻増設が年間50件以上の場合)

- (1) 減算はレセプト目的
- (2) 成分栄養素の経路目的(失血性疾患に限る。)
- (3) 食量、胃腸機能の改善等
- (4) 嚥下機能等が改善した(ただし、嚥下機能が回復し次第減算)
- (5) 嚥下機能により嚥下が困難

133

## 家庭でのゼリー食

～介護者の介護負担が大きい～




ゼリー食を作ることになってから、介護者の体重が1か月に3kg減少したケース

33

## 退院前の在宅連携

病院

退院前カンファレンスを行う場合  
行わない場合

在宅

主治医、病棟ナース  
調整ナースor  
カー、家族・本人、在宅  
診療(ナース、ワーカー、  
ケアマネジャー)

病状、入院中のケアの様子、退院に向けた調整、退院日を決める

在宅診療のワーカーが、診療情報提供書、看護サマリー、家族からの情報を基にカルテ、アナムネを作成する

在宅では患者の入院中の食事状況や入院中の体重の変化が分からない。入院中に嚥下調整食を食べていても、退院時に食事や食事の作り方の情報が少ない。ペースト状の食事を食べていた患者の家族が、退院時にミキサー、フードプロセッサーを用意できない場合もある。

## 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

～多職種による褥瘡対策チームの活動による加算～

- 多職種から構成される褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

①当該医療機関内に以下の3名から構成される在宅褥瘡チームが設置されていること。アまたはイの内、1名は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する者であって、褥瘡等の創傷ケアに係わる適切な研修を終了した者であること。

ア)医師、イ)看護師、ウ)管理栄養士

35

## 薬学部生涯教育講座テーマ・演者一覧 (過去10回)

44回	メインテーマ「在宅患者のくすりと栄養」
	「患者が食べられなくなったとき その評価と対策～薬剤師に期待すること～」
	亀田総合病院 地域医療支援部 小野沢 滋 先生
	「薬剤師による在宅活動と事例紹介」 有限会社 かくの木 畑中典子 先生
45回	メインテーマ「生活習慣病の薬物治療－糖尿病－」
	「2型糖尿病における脂質異常症の管理」
	城西大学 薬学部 医療栄養学科 中島 啓 先生
	「糖尿病療養指導の現場から」 辻仲病院 柏の葉 薬剤科 辻村 朱美 先生
46回	メインテーマ「生活習慣病の薬物治療Ⅱ－高血圧－」
	「高血圧治療薬の相互作用・副作用」
	城西大学 薬学部 薬学科 金本 郁男 先生
	「メタボリックシンドロームとCKD、高血圧治療」 日本大学医学部内科学系 上野 高浩 先生
47回	メインテーマ「生活習慣病の薬物治療Ⅲ－糖尿病－」
	「糖尿病、メタボリックシンドロームをターゲットとした健康食品—その開発と有効性の現状」
	城西大学 薬学部 薬科学科 教授 和田 政裕 先生
	「2型糖尿病の薬物療法」 コーネス内科クリニック院長 埼玉医科大学総合医療センター 内分泌・糖尿病内科 大村 栄治 先生
48回	メインテーマ「放射線と健康危害—医療者がもつべき知識—」
	「放射線とその人体への影響について～使用される薬物～」
	放射線医学総合研究所 緊急被ばく医療研究センター 被ばく医療部体内汚染治療室 石原 弘 先生
	「食品中の放射性物質による健康影響について」 内閣府食品安全委員会事務局 評価課 林 亜紀子 先生
49回	メインテーマ「生活習慣病の薬物治療Ⅳ－最近のがん治療－」
	「癌化学療法と個別化治療」
	城西大学薬学部 臨床薬効解析学研究室 沼崎 宗夫 先生
	「がん患者のそばで、共に病気と向き合える薬剤師を目指して」 埼玉医科大学総合医療センター薬剤部 佐野 元彦 先生
50回	記念講演
	「輝ける薬学・薬剤師の未来に向けて～医療現場と薬系大学の立場から～」 京都薬科大学 乾 賢一 先生
51回	メインテーマ生活習慣病の薬物治療－脂質異常症－
	「肥満と健康食品」
	城西大学薬学部 古旗 賢二 先生
	「脂質異常症の薬物療法」 帝京大学医学部 寺本 民生 先生
52回	メインテーマ「在宅医療における薬剤師と管理栄養士との連携」
	「在宅医療における多職種連携の意味－薬物の食事・運動・排泄・睡眠への影響から－」
	ウェルシア薬局株式会社 澤田 康裕 先生
	「在宅における管理栄養士業務」 霞ヶ関中央クリニック 前田 薫 先生
53回	「医療・介護に求められる管理栄養士－訪問薬剤師の立場から－」
	城西大学薬学部 大嶋 繁 先生
	メインテーマ「ロコモティブ シンドローム」
	「コラーゲンペプチドと骨・軟骨：エビデンスはあるのか？」 城西大学薬学部 真野 博 先生
	「ロコモティブシンドロームと運動器のアンチエイジング」
	医療法人財団順和会山王病院整形外科 国際医療福祉大学 中村 洋 先生